

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO PROGRAMA DE PÓS-
GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE

REJANE BRANDÃO PINTO

**ESTUDO SOBRE SUBUTILIZAÇÃO E ABSENTEÍSMO DE CONSULTAS E
EXAMES ESPECIALIZADOS DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO RIO CAETÉS,
PARÁ, AMAZÔNIA**

BELÉM-PA

2022

REJANE BRANDÃO PINTO

**ESTUDO SOBRE SUBUTILIZAÇÃO E ABSENTEÍSMO DE CONSULTAS E
EXAMES ESPECIALIZADOS DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO RIO CAETÉS,
PARÁ, AMAZÔNIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, como requisito para obtenção de Título de Mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Valéria Regina Cavalcante dos Santos

Co orientadora: Prof. Dra. Ilma Pastana Ferreira

BELÉM-PA

2022

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Secretaria de Estado de Saúde Pública

Biblioteca Prof. Orlando Costa

P659e Pinto, Rejane Brandão.

Estudo sobre subutilização e absenteísmo de consultas e exames especializados dos Municípios da Região Rio Caetés, Pará, Amazônia / Rejane Brandão Pinto; orientador Valéria Regina Cavalcante dos Santos; coorientador Ilma Pastana Ferreira. – Belém, 2022.

130 fls.

Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão e Serviços em Saúde). – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2022.

1. Absenteísmo - Consultas. 2. Absenteísmo – Exames Especializados. 3. Regulação em Saúde. I. Santos, Valéria Regina Cavalcante dos, Orient.. II. Ferreira, Ilma Pastana, coorientador. III. Título.

CDU: 658.3

**ESTUDO SOBRE SUBUTILIZAÇÃO E ABSENTEÍSMO DE CONSULTAS E
EXAMES ESPECIALIZADOS DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO RIO CAETÉS,
PARÁ, AMAZÔNIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, como requisito para obtenção de Título de Mestre. em Gestão e Saúde na Amazônia.

BANCA EXAMINADORA



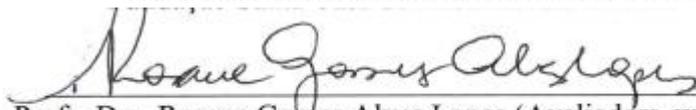
Prof. Dra. Valéria Regina Cavalcante dos Santos (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará



Prof. Dra. Ilma Pastana Ferreira (Coorientadora)
Colaboradora da Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará



Prof. Dra. Silvia Ferreira Nunes (Avaliadora interna)
Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará



Prof. Dra. Rosane Gomes Alves Lopes (Avaliadora externa)
Programa de Pós-Graduação em Vigilância Sanitária, Fiocruz/RJ



11/04/2022
Enfermeira COREN/PA 114785
Mestre em Saúde Pública - FSCMP

Prof.ª. Dra. Alexandra Coróvici da Luz Mascarenhas

Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

AGRADECIMENTO

A Deus, o amado de minha alma, a essência que move a nossa vida e nos faz lutar por aquilo que acreditamos. Agradeço o milagre, Nossa Senhora, o perfume das flores ainda está em minhas mãos!

Às minhas orientadoras, Profa. Dra. Regina Valéria Cavalcante dos Santos e Profa. Dra. Ilma Ferreira Pastana, pelas observações e contribuições para o desenvolvimento desta pesquisa. Com compreensão e paciência e, sobretudo, respeito, souberam me ajudar e orientar em momentos difíceis, no processo doloroso e feliz de ser pesquisadora. À Profa. Dra. Rosane Gomes Alves Lopes que integra a Banca Examinadora dando suas contribuições valiosas durante o exame de qualificação. À Profa. Dra. Heliana Helena de Moura Nunes e Profa. Dra. Silvia Ferreira Nunes, uma inspiração vê-las Doutoradas, obrigada por suas contribuições desde as aulas até a Banca Examinadora.

Aos meus pais, Rosália Rosa e Reinaldo, esses que sonharam os sonhos mais lindos para sua família cheia de filhas Rosana, Rosilene, Rosineide, Rosiléa, Cristina e Leyde. Oitenta anos de vida dedicados a amar, sob qualquer forma, é sobretudo amor. Obrigada minha família linda pelo carinho, pelo incentivo, por se preocupar comigo, por cuidar tanto de mim. Eu amo muito cada um de vocês.

Aos meus filhos, Renan, Rafael e Maria Valentina, por compreenderem, mais uma vez, as horas que me faltaram em ofertar para vocês, mas saibam que tudo isso terá significado, a educação é revolucionária, eu os amo. Ao meu companheiro, Raimundo Picanço, que comigo esteve desde as primeiras letras do projeto até a análise final, obrigada por tanto!

Aos meus amigos que comigo estiveram desde o início, Gabriel, Camila e Antônia me fortalecendo com cada palavra e atitude, ofertando o seu tempo na construção deste belo trabalho. Cada palavra está guardada no meu coração. A vitória é nossa, meus anjos de luz!!

Aos colegas do mestrado, especialmente às minhas amigas Michele, Patrícia Portal e Simony, que me fortaleceram na caminhada com suas palavras de incentivo e gestos concretos.

Aos reguladores, das centrais de regulação municipais da Região Rio Caetés, que se dispuseram a colaborar com a pesquisa, é para vocês todo esse trabalho. A SESPA, na pessoa da Diretora do 4º CRS, Dra. Patrícia Lima, por ter me permitido estudar e realizar esse sonho de colaborar com um novo tempo para a regulação do acesso, nesta nova fase da vida, é um privilégio. Por fim, agradeço à CAPES que, através da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, é uma porta aberta do SABER. Gratidão a todos!

RESUMO

A regulação em saúde é responsável pela ordenação do acesso em tempo oportuno, dos usuários aos serviços de assistência à saúde no sistema público brasileiro. É uma ferramenta de gestão, que busca a eficiência e a equidade, distribuindo os procedimentos de saúde de uma região, de forma planejada e organizada entre a oferta x demanda, tendo como referência a Programação Pactuada Integrada e os Contratos de Gestão da rede prestadora dos serviços, além de realizar a interlocução entre os municípios e os prestadores. **Objetivo:** Analisar as perdas por subutilização e absenteísmo de consultas e exames especializados nos municípios pertencentes à Região dos Caetés, Pará, Brasil, Amazônia. **Metodologia:** adotou-se os procedimentos metodológicos de uma pesquisa quanti-qualitativa em um estudo exploratório descritivo que se destina à produção, análise e aperfeiçoamento necessários de cada item de um instrumento de coleta de dados. A amostra foi composta de 42 profissionais atuantes nos 16 municípios nos serviços das Centrais de Regulação municipais pertencentes à Região Rio Caetés. **Resultados:** A taxa global encontrada na Região Rio Caetés no Estado do Pará, no ano de 2021, foi de 76,06% de subutilização e de 23,65% para o absenteísmo no grupo de procedimentos de consultas especializadas, exames por imagem e laboratório. Através da pesquisa junto aos reguladores municipais, constatou-se que 64% possuem nível superior, 60% desconhecem a taxa de subutilização e absenteísmo de seu município, 67% declaram ter baixo a médio conhecimento sobre fluxo, protocolo e classificação de risco. Diante destes resultados, viu-se a necessidade de contribuir com a gestão estratégica municipal e regional com a elaboração de um produto tecnológico estratégico para avaliação e monitoramento do desempenho das Centrais de Regulação, estabelecendo parâmetros como ‘Score de utilização’ para contribuir com definição de ações importantes voltadas para melhoria do macroprocesso de regulação e o planejamento estratégico. **Conclusão:** Colaborar na identificação de informações sobre as perdas no atendimento e o desenvolvimento de estratégias para aprimoramento do processo de trabalho dos profissionais com a redução das perdas por absenteísmo e subutilização da Região Rio Caetés. O produto poderá ser utilizado como base para as demais regionais de saúde do Estado do Pará, a fim de trabalharem em seus municípios.

Palavras-chave: Absenteísmo; Regulação em Saúde; Subutilização.

ABSTRACT

The present work deals with the regulation in health that is responsible for ordering the timely access of users to health care services in the Brazilian public system. It is a management tool that seeks efficiency and equity, distributing the health procedures of a region, in a planned and organized way between supply x demand, having as reference the Integrated Agreed Programming and the Management Contracts of the network providing the services, in addition to carrying out the dialogue between municipalities and providers. **Objective:** To analyze losses due to underutilization and absenteeism of consultations and specialized exams in the municipalities belonging to the Caetés Region, Pará, Brazil, Amazon. **Methodology:** the methodological procedures of a quantitative-qualitative research were adopted, which is intended for the production, analysis and necessary improvement of each item of a data collection instrument. The sample consisted of 42 professionals working in the 16 municipalities in the services of the Regulation Centers belonging to the Rio Caetés Health Region. **Results:** The overall rate found in the Rio Caetés Region in the State of Pará, in 2021, was 76.06% for underutilization and 23.65% for absenteeism in the group of specialized consultation procedures, imaging and laboratory tests. Through research with municipal regulators, it was found that 64% have higher education, 60% are unaware of the rate of underutilization and absenteeism in their municipality, 67% declare having low to medium knowledge about flow, protocol and risk classification. In view of these results, there was a need to contribute to municipal and regional strategic management with the development of a strategic technological product for evaluating and monitoring the performance of the Regulatory Centers, establishing parameters such as 'Usage Score' to Contribute to the definition of important actions aimed at improving the regulatory macro process and strategic planning. **Conclusion:** Collaborate in the identification of information on losses in care and the development of strategies to improve the work process of professionals with the reduction of losses due to absenteeism and underutilization of the Caetés Health Region. The product can be used as a basis for other health regions in the State of Pará in order to work in their municipalities.

Keywords: Absenteeism; Health Regulation; Underutilization.

LISTA DE ABREVIACÕES

AMEs – Ambulatório Médicos de Especialidades

APS - Atenção Primária à Saúde

CERAC - Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade

CRR – Complexo Regulador Regional

CIR - Comissão Intergestores Regional

DDASS -Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde

EFB - Estrada de Ferro de Bragança

IC - Intervalo de confiança

MS - Ministério da Saúde

NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PPI - Programação Pactuada Integrada

RS - Região de Saúde

SER – Sistema Estadual de Regulação

SISREG - Sistema de Regulação

SUS - Sistema Único de Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

	Páginas
Quadro 1 Representação das perdas primárias ou subutilização e as perdas secundárias ou absenteísmo no que se refere às consultas especializadas em 3 municípios da região do Caetés, 2019.....	19
Quadro 2 Representação das perdas primárias ou subutilização e as perdas secundárias ou absenteísmo no que se refere ao laboratório clínico em 3 municípios da região do Caeté, 2019.....	21
Quadro 3 Representação das perdas primárias ou subutilização e as perdas secundárias ou absenteísmo no que se refere ao diagnóstico por radiologia em 3 municípios da Região Rio Caetés, 2019.....	22
Quadro 4 Absenteísmo por regiões brasileiras segundo os artigos identificados.....	25
Quadro 5 Organização das três dimensões de atuação da Regulação em Saúde.....	27
Quadro 6 População X Complexos Reguladores Regionais do Estado do Pará.....	30
Quadro 7 Municípios x Complexo Regulador Regional Capanema, 2022.....	31
Quadro 8 Rede de assistência de gestão estadual regulada CR regional e Estadual.....	32
Quadro 9 Análise das variáveis independentes e caracterização demográfica	40
Quadro 10 Resultados.....	82
Quadro 11 Resultado da subutilização.....	82
Quadro 12 Resultado do absenteísmo.....	83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Complexo regulador	29
Figura 2 Complexos reguladores regionais (CRR).....	30
Figura 3 Regiões de saúde do estado do Pará.....	35
Figura 4 Macrorregiões de saúde do estado do Pará.....	36
Figura 5 Centro Regional em Saúde.....	37
Figura 6 Distribuição de perdas por subutilização nos municípios da região Rio Caetés, no grupo consulta e exames especialização, no período de janeiro a dezembro de 2021.....	44
Figura 7 Distribuição de perdas por absenteísmo nos municípios da região Rio Caetés, no grupo consulta e exames especialização, no período de janeiro a dezembro de 2021.....	45
Figura 8 Número de consultas e exames especializados ofertados, agendados, realizados, subutilização e absenteísmo nos municípios, no ano de 2021.....	46
Figura 9 Especialização do número de laboratórios.....	47
Figura 10 Quanto ao número de funcionários.....	63
Figura 11 Quanto ao número de salas.....	64
Figura 12 Forma de agendamento.....	65
Figura 13 Cota mensal de consultas especializadas.....	66
Figura 14 Conhece a taxa de subutilização e absenteísmo do seu município	67
Figura 15 Logística para transporte de pacientes fora do município	68
Figura 16 Central de regulação recebe demanda judicial?.....	69
Figura 17 Grau de conhecimento sobre fluxo, protocolo de regulação e classificação de risco	70
Figura 18 Especialidades mais recorrentes.....	72
Figura 19 Item 3.17 referência entre a Central de Regulação e a Atenção primária, na finalidade de garantir acesso a exames e consultas especializadas?.....	73
Figura 20 Item 3.18, quais as estratégias são utilizadas para reduzir a subutilização e o absenteísmo de consultas e exames da central de regulação.....	74
Figura 21 Item 3.19, quais as demandas/problemas levados da Central de Regulação à gestão municipal e complexo regional?.....	76

LISTA DE TABELA

Tabela 1	Distribuição de subutilização e absenteísmo por município da região Rio Caetés, no anos de 2021.....	43
Tabela 2	Distribuição de subutilização absenteísmo por grupo de procedimentos nos municípios da região do rio Caetés, no ano de 2021.....	46
Tabela 3	Subutilização de Consultas Especializadas e Exames por Imagem	47
Tabela 4	Absenteísmo de Consulta Especializada e exames por imagem com as maiores taxas de absenteísmo.....	48
Tabela 5	Referente às características do município.....	49
Tabela 6	Referente às características do Serviço de Saúde Municipal.....	52
Tabela 7	Especificidades de ocorrências.....	55
Tabela 8	Referente às características do serviço de regulação Municipal.....	58
Tabela 9	Referente às questões de múltipla escolha (3.13, 3.17, 3.18 e 3.19).....	71

SUMÁRIO

	Pag.
1. INTRODUÇÃO	15
1.1 JUSTIFICATIVA.....	17
1.2 PROBLEMÁTICA.....	19
1.3 QUESTÃO NORTEADORA.....	22
2. OBJETIVOS	23
2.1 OBJETIVO GERAL.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3. REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1 CARACTERIZANDO A REGULAÇÃO.....	24
3.1.1 Modelos de complexos reguladores.....	27
3.1.2 A organização do complexo regulador segue o seguinte ordenamento.	28
3.1.3 Localização da região de acesso do 4º CRS.....	29
3.2 PERDA POR SUBUTILIZAÇÃO OU PERDA PRIMÁRIA.....	33
3.2.1 Perda secundária ou absenteísmo.....	33
4. METODOLOGIA	34
4.1 ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO.....	34
4.2 LOCAL DE ESTUDO (aspectos geográficos).....	34
4.3 POPULAÇÃO-ALVO.....	39
4.3.1 Amostra da população alvo.....	39
4.3.2 Critérios de Inclusão e exclusão.....	39
4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	39
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	42
4.6.1 Benefícios.....	42
4.6.1 Riscos.....	42
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	43
6 ELABORAÇÃO DO PRODUTO	77
6.1 DESCRIÇÃO DO PRODUTO.....	77
6.2 DEFINIÇÃO METODOLÓGICA DO SCORE DE UTILIZAÇÃO.....	77
7 PLANO DE AÇÃO	89
8 CONCLUSÃO	90
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES	99

Trajetória Acadêmica-Profissional

Formada em Enfermagem, desde janeiro de 1998, pela Universidade do Estado do Pará - UEPA/Escola de Enfermagem Magalhães Barata com especialização em Administração dos Serviços de Saúde/UNAERP, MBA em auditoria dos serviços de Saúde/IBPEX, Micropolítica e Gestão do SUS/UFF, Regulação em serviços de saúde/HOSPITAL SÍRIO LIBANÊS e Qualidade e Segurança do Paciente/ FIOCRUZ, fiz diversos cursos de atualização em várias áreas de atuação.

Iniciei minha trajetória profissional no interior do Pará, nos municípios de Augusto Corrêa e Bragança, no Estado do Pará, como enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH no Hospital das Clínicas de Bragança/ PA. Era o início da municipalização da saúde e os primeiros passos da estratégia Saúde da família, como modelo de atenção primária à saúde no Brasil. Não diferente de outros interiores, trabalhei com vários programas de atenção à saúde, o que fortaleceu meu processo de trabalho e minha inserção na saúde pública. Atuei ainda como professora de saúde pública e administração na Escola de Enfermagem FEPE/Bragança/ PA.

Após um ano e meio, deixei a secretaria de saúde de Augusto Corrêa e iniciei meu trabalho numa empresa privada de mineração CADAM SA/VALE, em Monte Dourado, também no estado do Pará, - Projeto Jari/PA - como administradora hospitalar, onde era chefe dos serviços assistenciais, responsável pela administração da unidade de saúde, pela promoção e prevenção das ações em saúde dos trabalhadores, tratamento fora do domicílio dos colaboradores e seus dependentes, além de responsável pela contratualização da rede assistencial e plano Bradesco Saúde dos colaboradores até 2006. Foi um aprendizado muito profundo atuar nessas empresas corporativas de grande atuação mineradora, onde participei de encontros de lideranças e cursos gerenciais. Durante esse período, continuei como professora e coordenadora do curso técnico de enfermagem da Escola Anna Nery em Laranjal do Jari/AP.

Em 2007, retornei a Bragança/PA, município de maior densidade tecnológica e populacional, e começamos a dar os primeiros passos na organização de um serviço de regulação. Atuei como Coordenadora de Regulação, Controle e Avaliação e retornei ao HCB como responsável Técnica. Foi também, o momento em que a Secretaria de Estado de Saúde

Pública começou a organizar no Pará suas regionais de saúde, como colegiados regionais. Era o novo desenho do sistema de saúde e, com ele veio a Regulação, SISREG, seu treinamento nos Estados pelo Ministério da Saúde, a fim de que utilizássemos essa ferramenta tão importante na ordenação do fluxo dos pacientes. Assim, Central de regulação, complexo regulador, técnicos e assistentes de regulação eram as novas palavras de ordem.

Trabalhei como Assessora Técnica no município de Tracuateua/ PA, na implantação dos serviços CAPS, Centro de Reabilitação, PSE, CTA, ESF's, Hospital Municipal, PMAQ, paralelo ao serviço de Bragança. Em 2008, implantamos a 1ª Central de Regulação Municipal da região Rio Caetés em Bragança/PA, um passo numa estrada longa que até hoje continuamos trilhando. Ordenação de fluxo, alta e baixa densidade tecnológica, PPI, solicitantes, redes, ação regulatória, acesso são alguns conceitos fundamentais nessa história. Depois desse contato por 6 anos, encerrou-se esse ciclo e começaram outros.

Fui Secretária de Saúde de Augusto Corrêa, do ano de 2013 a 2014, membro da CIB (Colegiado Intergestores Bipartite). Neste município, implantamos uma Central de Regulação, assim como em Tracuateua. Fiz assessora técnica do município de Quatipuru, Primavera e Cachoeira do Piriá PA, na implantação de serviços e programas do MS e do Hospital Santo Antônio Maria Zaccaria, em Bragança/PA, na implantação do Núcleo de Segurança do Paciente com as seis metas internacionais da Aliança Mundial da Saúde. Atuei de 2014 a 2016 como Coordenadora da Regulação do município de Tracuateua/PA e, atualmente, estou na Coordenação de Planejamento em Saúde de Bragança na elaboração e implantação de ações e serviços, além de Preceptora, desde 2015 até hoje, da Residência multiprofissional em Saúde da Mulher HSAMZ/UFPA e da Residência multiprofissional em Saúde da Família SEMUSB/UEPA, nesse caminho de construção e fortalecimento do SUS.

1 INTRODUÇÃO

O desafio pela estruturação de um sistema público de saúde no Brasil de acesso universal, com cobertura integral e qualidade faz parte dos propósitos e conquistas de uma nação que alimentou os valores da equidade e da democracia. O Sistema Único de Saúde (SUS) é a manifestação, no campo da saúde, do desejo de um país justo e do compromisso com a cidadania (MENDES, 2011).

Nesse contexto, os serviços de saúde devem estar comprometidos com a qualidade das ações institucionais ofertadas. Todavia, as pressões da sociedade, os altos custos da assistência bem como a necessidade de promover a equidade de acesso aos recursos estão direcionando os esforços das instituições públicas no sentido de buscar evidências objetivas de que os serviços de saúde estão sendo providos efetivamente e eficientemente, por modelos de gestão adequados que aperfeiçoem os recursos aplicados, trazendo melhoria da produtividade e satisfação para todos os cidadãos de uma Região de Saúde (RS) (NEVES, 2004).

Assim, para qualificar a gestão dos serviços, em 2008, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Regulação em Saúde. A regulação do acesso à saúde é utilizada pelo Estado como um importante instrumento de gestão pública, ainda em processo de aprimoramento, com o objetivo de alcançar a eficiência, a equidade e o equilíbrio entre a oferta, demanda e financiamento (NASCIMENTO, 2009).

Confere dizer que, o Sistema de Regulação (SISREG) utilizado é on-line e disponibilizado pelo MS, pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), para gerenciar todo complexo regulatório e operar as centrais de regulação no país, tornando possível planejar e distribuir equitativamente os recursos de saúde de uma região, tendo como referência sua respectiva Programação Pactuada Integrada (PPI) (NASCIMENTO, 2009).

Diante deste contexto, o não comparecimento dos usuários às consultas, exames, procedimentos e terapias agendados em ambulatórios no SUS, tem comprometido o atendimento à demanda. Monitorar esses dados é imprescindível, pois ações podem ser executadas para reduzir o impacto do absenteísmo e subutilização nos serviços ambulatoriais (UNA-SUS, 2017).

Desse modo, é válido ressaltar que o Ministério da Saúde não tem definido um parâmetro do que seria uma taxa aceitável de absenteísmo de consultas e exames, para tanto, se faz necessário essa definição na Política Nacional de Saúde, pois auxilia o monitoramento destas taxas por parte dos serviços e gestores (CAVALCANTI et al., 2013).

Nesse sentido, a política de regulação deve incorporar estratégias que permitam aos gestores conhecer o tamanho das filas de espera e do absenteísmo por meio do banco de dados produzidos no sistema, orientando a gestão na busca de soluções, o que pode ser feito mediante a elaboração de tecnologias em saúde. Estas tecnologias são entendidas como o resultado de processos para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de produtos materiais, ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre uma determinada situação prática (NIETSCHE, 2003).

É mister destacar que o Estado de emergência em saúde pública internacional, vivido no Brasil pela pandemia da COVID-19, trouxe impactos na atenção ambulatorial paralisando a oferta de serviços pelos prestadores públicos e privados, pois necessitaram adequar-se, frente à necessidade de leitos clínicos e intensivos para fins de atendimento à população brasileira com COVID-19. Na região Rio Caetés tiveram 2 hospitais de referência em atendimento para a Covid-19, sendo estes o Hospital Santo Antônio Maria Zaccaria e o Hospital Regional Público dos Caetés.

Dessa forma, o serviço eletivo de consultas, exames e cirurgias foram suspensos o que acarretou desagendamento e cancelamentos de agendas realizadas, colaborando com as taxas de subutilização e absenteísmo, bem como, com o acúmulo de pessoas com necessidades em diversos procedimentos, aumentando a demanda reprimida e a fila de espera, desse modo comprometendo os princípios da integralidade e continuidade do cuidado.

Sendo assim, as centrais de regulação são consideradas uma espécie de observatório que agilizam e servem para identificar os pontos de estrangulamento com uma análise do risco de gravidade “O represamento da demanda que não era Covid-19 e não era urgência, em grande parte de situações eletivas, clínicas ou cirúrgicas, inclui hoje a demanda reprimida antes da pandemia e tudo que não se fez nesses quase dois anos”. Relato identificado nas considerações de (LOUVISION *apud* FIOCRUZ, 2021, p.1).

Além disso, os dados mostram como o represamento ocorreu de fato. Neste sentido, um levantamento da “Folha de S. Paulo apontou que, segundo o Datasus, em relação ao período de 2017 a 2019, a atenção primária registrou queda de 49% dos atendimentos no ano de 2020. As consultas com especialistas tiveram redução de 25%, em média” (FIOCRUZ, 2021, p. 1). Nesse caso, “[...] as internações, de 16% (exceto as por doenças infectocontagiosas). Nos primeiros meses da pandemia, entre abril e maio de 2020, a queda chegou a 30% nas internações e a 64% nas consultas na comparação com o mesmo período dos anos anteriores” (FIOCRUZ, 2021, p. 1).

Portanto, este estudo tem como proposta analisar as perdas por subutilização e absenteísmo de consultas e exames especializados nos municípios pertencentes à Região Rio Caetés, Pará, Brasil, Amazônia.

1.1 JUSTIFICATIVA

As perdas de consultas e exames nos serviços de saúde pública é pauta recorrente e questionada na gestão do SUS. Segundo Oleskovicz et al. (2014) enfatizam que, a falta dos usuários da rede pública brasileira de saúde tem se revelado um problema crônico. As ausências de pacientes em atendimentos agendados atingem índices significativamente altos e que podem ser verificados em todas as regiões do Brasil, em diferentes tipos de atendimento e especialidades médicas. A literatura internacional mostra que esta situação não é particularidade dos ambulatórios brasileiros (BITTAR et al., 2016).

De acordo com, (FENILI et al., 2017; HASVOLD; WOOTTON, 2011; ZIRKLE; MCNELLES, 2011; GUROL-URGANCI et al., 2002) afirmam que, o absenteísmo configura um grande problema para as organizações, provocando subutilização dos recursos empregados, gerando desperdícios financeiros, interferindo na eficiência dos sistemas de saúde e, conseqüentemente, comprometendo a saúde dos usuários em virtude do esforço extra para reagendar os procedimentos.

Somado a isso, observa-se uma circulação exaustiva em rede, por parte do usuário, e novas filas de espera, o que contribui ainda mais para causas que levam ao absenteísmo, como, por exemplo, esquecer o agendamento (CAVALCANTI et al., 2013).

Desta forma, a regulação configura-se como uma importante ferramenta para lidar com as questões desafiadoras acerca do SUS (OLIVEIRA; ELIAS, 2012). De modo geral, como a governança dos sistemas de saúde está atrelada à função do Estado de ordem na distribuição de recursos, bens e serviços de saúde. Assim, a regulação relaciona-se à superação de problemáticas relacionadas à oferta de serviços de saúde (OLIVEIRA; ELIAS, 2012; ALBUQUERQUE, et al., 2013).

Outra justificativa importante, refere-se a Política Nacional de Regulação que apresenta três importantes dimensões integradas: 1) regulação de sistemas de saúde; 2) regulação da atenção à saúde; 3) regulação do acesso à assistência. Este último tem por objetivo a organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais na

esfera do SUS, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

Desse modo, verificou-se que, nas últimas décadas, vem ganhando força as discussões a respeito da Atenção Primária à Saúde (APS) na regulação assistencial das redes de atenção. Para Mendes (2007), a APS deve cumprir três papéis essenciais: o papel resolutivo, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; o papel organizador, relacionado com sua natureza de centro de comunicação, coordenar fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção à saúde; e o papel de responsabilização, se co-responsabilizar pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde que estejam inseridos.

Para Felicielo e Vilalba (2016) destacam que, a regulação em saúde no Brasil vem se organizando de maneira pulverizada, o que ocasiona o surgimento de um conjunto de organismos e instituições que se ocupam de partes da regulação e não do todo, tendo como consequência equívocos e falhas em razão da falta de uma visão mais abrangente.

Faz-se necessário, o conhecimento da capacidade instalada nas unidades com a utilização de protocolos de acesso e mediação (regulação) para avaliação de cada demanda assistencial, como apontados por Farias et al., (2011) tendo em vista que os complexos reguladores são estratégias para a regulação do acesso, consistindo na articulação e na integração de centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos.

Como pesquisadora e sendo servidora efetiva da Secretaria de Estado de Saúde do Pará, no exercício da função de gestão nos últimos 4 (quatro) anos, inquietou-me diante da situação vivida, como coordenadora do Complexo Regulador Regional (CRR) da Região Rio Caetés, ao analisar os números e identificar o problema do alto índice de perdas por subutilização e absenteísmo em alguns procedimentos do grupo como: consultas especializadas, exames de imagem e exames laboratoriais, observados no Relatório de Utilização oriundo dos Sistemas de Regulação (SER/SISREG) e apresentado nas reuniões gerenciais da CIR, para os gestores e reguladores, assim como nas visitas técnicas municipais. Nestes encontros observa-se o desconhecimento, por parte dos gestores e reguladores, das taxas dos indicadores de perdas de seu município.

Como pode se verificar no quadro demonstrativo de utilização de Serviços de Consultas Especializadas ambulatoriais dos Contratados e Regulados pelo CRR – Capanema, de apenas três municípios. De acordo com o (Quadro 1).

Quadro 1 - Representação das perdas primárias ou subutilização e as perdas secundárias ou absenteísmo no que se refere às consultas especializadas em 3 municípios da Região Rio Caetés, 2019.

CONSULTAS ESPECIALIZADAS	Cota mensal municipal	Agenda Realizados	Atend. Efetivados	% de Perda Primária ou Subutilização	%de Perda secundária ou Absenteísmo
Cachoeira do Piriá	158	17	14	91%	18%
Viseu	172	43	30	83%	30%
Bragança	600	254	202	66%	20%

Fonte: adaptada pela pesquisadora (2022) de SISREG. Relatório do CRR/CAPANEMA, referente ao mês de janeiro de 2019.

Frente ao elevado número de perdas de utilização de oferta de procedimentos em consultas e exames especializados, tornou-se de suma importância conhecer as taxas globais de subutilização e absenteísmo, a fim de verificar as possíveis ações a serem tomadas com vistas a minimizar as perdas geradas por estes fatores, favorecendo a redistribuição das cotas (aproveitamento da oferta) na Região de Saúde.

Assim como, traçar o perfil das Centrais de Regulação municipais, quanto às suas características, relacionando-as com o nível de escolaridade dos reguladores, o grau de conhecimento sobre protocolos, fluxos e classificação de risco e a estrutura física destes serviços, com a finalidade de conhecer a capacidade instalada e as condições de trabalho, haja vista que a construção do SUS faz-se com o empoderamento dos trabalhadores, gestores e usuários, com legítimos processos de comunicação e informação e construir coletivos e territórios vivos. (COSEMS, 2015). Vale ressaltar que, na Região Rio Caetés, há escassez de estudos sobre regulação em saúde, com base em perdas por utilização de oferta de procedimentos.

1.2 PROBLEMÁTICA

Os usuários do SUS, com consultas e exames agendados nas diversas especialidades, que não comparecem e não desmarcam ou cancelam seus procedimentos, bem como a não

utilização das vagas disponíveis, ocasionam prejuízos financeiros e organizacionais à gestão, à população e aos cofres públicos.

Neste cenário, a regulação do acesso engloba a atuação nas referências intermunicipais e na regulação sobre os prestadores de serviços de saúde no sentido de disponibilizar a melhor alternativa assistencial de modo ágil, oportuno e adequado às necessidades dos usuários. Em vista disso, se estabelece o complexo regulador e suas unidades operacionais que abrangem a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (FARIAS et al., 2011).

De acordo com Farias et al. (2011), o termo, regulação passou a fazer parte do jargão dos gestores do SUS; porém, a regulação tem sido usada muitas vezes como uma panaceia para solução dos vários problemas estruturais do sistema, como, por exemplo, o financiamento inadequado e enormes obstáculos institucionais à sua consolidação. Diante da realidade experienciada pela pesquisadora, na Região de Saúde em questão, pode citar: o conhecimento incipiente dos profissionais envolvidos na regulação; ausência de protocolos de acesso que orientem os profissionais da APS e os permitam desenvolver o processo de regulação.

Assim a ausência de articulação entre os níveis de atenção e o desconhecimento dos profissionais de saúde, que oriente a ordenação das solicitações de encaminhamento às consultas e exames especializados, contribui significativamente com a elevação do número de solicitações e exames sem critérios, gerando uma demanda reprimida, desmotivação da equipe de saúde, insatisfação/descrédito do usuário no sistema, levando inclusive, ao agravamento da sua doença e morte.

A Regulação do Estado foi efetivada na Região Rio Caetés, por meio da Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde (DDASS), diretoria da SESPA a qual conta com setores específicos que tentam garantir a Regulação do Sistema, de Acesso e de Serviços ofertados, e conta com um efetivo de 140 (cento e quarenta) profissionais, os quais têm como principais objetivos: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação de Atenção à Saúde e Regulação de Acesso à Assistência, para todo o Estado.

Observa-se que, as 13 (treze) regionais de saúde possuem em suas estruturas um setor voltado ao processo de regulação de modo similar ao que existe na DDASS, nível central da SESPA. No 4º CRS, a regulação faz parte da Diretoria Operacional de Controle e Avaliação (DOCA), e é objetivamente operacionalizado pela CRR, este com vinculação direta à Diretoria Estadual de Regulação do Acesso (DRA), da DDASS (CORDEIRO, 2019).

Nesta perspectiva, foi instalado o complexo regulador regional em 2014, com objetivo de organizar a rede assistencial, descentralizando o sistema de regulação do acesso às consultas e exames dos municípios através das Centrais de Regulação, com isso, possibilitando um acesso oportuno e qualificado dos usuários aos serviços de saúde, à transparência do processo da PPI, através da ferramenta dos Sistemas de Regulação (SER e SISREG) e fortaleceu a rede de saúde da macrorregião II, pois assim os prestadores de serviços passaram a atender a demanda de forma organizada, através de um fluxo de atendimento aos usuários, em consonância com a política de regulação.

Entretanto, ainda se percebe diversas barreiras como: a dificuldade de articulação entre os níveis de atenção, profissionais não capacitados a utilizar os sistemas, lançamento tardio das agendas pelos prestadores, falhas constantes de acesso ao sistema de correntes da instabilidade da internet, desconhecimento da Unidade Solicitante em ofertar procedimento e a gestão na distribuição das cotas, principais motivos que levam à ocorrência da perda primária ou subutilização.

Situação semelhante é destacada pelos prestadores de serviços da Região Rio Caetés nas reuniões técnicas de monitoramento, pois relatam com frequência, “que apesar de ofertarem a totalidade de procedimentos, a perda por absenteísmo e subutilização é alta, e em alguns procedimentos está acima de 30%, em virtude de variados fatores socioeconômicos”. Como se apresenta nos quadros abaixo.

Quadro 2 - Representação das perdas primárias ou subutilização e as perdas secundárias ou absenteísmo, no que se refere ao laboratório clínico em três municípios da região Rio Caetés,

2019

DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO	Cota mensal municipal*	Agend. Realizados*	Atend. Efetivados*	% de Perda Primária ou Subutilização	%de Perda secundária ou Absenteísmo
Cachoeira do Piriá	107.54	00.00	0	100%	0%
Viseu	401.90	32.31	231.75	93%	6%
Bragança	26131.30	23907.00	17711.01	9%	26%

Fonte: SISREG. Relatório do CRR/CAPANEMA, referente ao mês de janeiro de 2019.

Outro ponto que deve ser mencionado relacionado à problemática das perdas primárias ou subutilização e às perdas secundárias ou absenteísmo, se refere ao diagnóstico por radiologia em três municípios da Região Rio Caetés. Conforme descrito no (Quadro 3).

Quadro 3 -Representação das perdas primárias ou subutilização e as perdas secundárias ou absenteísmo, no que se refere ao diagnóstico por radiologia em 3 municípios da região Rio Caetés, 2019.

DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA	Cota mensal municipal*	Agend. Realizados*	Atend. Efetivados*	% de Perda Primária ou Subutilização	%de Perda secundária ou Absenteísmo
Cachoeira do Piriá	28	0	0	100%	0%
Viseu	39	1	1	99%	0%
Bragança	1747	304	181	83%	41%

Fonte: SISREG. Relatório do CRR/CAPANEMA, referente ao mês de janeiro de 2019.

Em síntese, compreende-se que essas vulnerabilidades são pouco compartilhadas com a rede de atenção municipal: entre a APS e a Atenção Especializada; conseqüentemente, não contribui para uma melhoria do processo de cuidado, assim como da prestação da assistência de qualidade.

Destarte, o serviço de Regulação tem como missão de trabalho equilibrar a oferta e a demanda de serviços de média e alta complexidade, já que estes possuem uma grande participação dentro dos itens de insatisfação que a sociedade tem, perante os serviços de saúde, e a satisfação da sociedade é a finalidade de toda gestão política .

1.3 QUESTÃO NORTEADORA

Como analisar as perdas por subutilização e absenteísmo de consultas e exames especializados nos municípios pertencentes à Região Rio Caetés?

2. OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar as perdas por subutilização e absenteísmo de consultas e exames especializados nos municípios pertencentes à Região Rio Caetés, Pará, Brasil, Amazônia.

2.2 ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil do serviço de regulação municipal da região Rio Caetés no que se refere ao grau de instrução dos profissionais de saúde, a estrutura física e o grau de conhecimento sobre fluxo protocolo e classificação de risco;
- Descrever as taxas de perdas por subutilização e absenteísmo de consultas e exames especializados;
- Construir um indicador de avaliação de desempenho das perdas por subutilização e absenteísmo de consultas e exames especializados para os municípios, com a elaboração de uma metodologia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CARACTERIZANDO A REGULAÇÃO

Na literatura, a palavra regulação tem significados diversos, de acordo com a origem e cultura dos autores. A palavra inglesa *regulation* abrange desde os processos de autorregulação, regulação por feedback ou retroação negativa até os processos de intervenção normativa ou regulamentadora do Estado. Em português observa-se claramente uma distinção semântica para dois processos: regulação e regulamentação. Esta última, pode ser considerada como um instrumento, entre muitos, para a regulação. Ou só de regras é a definição do marco regulatório e estão no cerne das atividades necessárias ao estabelecimento do tenuous equilíbrio das relações sociais no domínio econômico (FARIAS et al., 2011).

No Brasil, a regulação tem sido discutida devido principalmente à dificuldade de acesso aos serviços. Do ponto de vista institucional, o debate mais aprofundado em relação ao conceito, práticas e finalidades da regulação, controle, avaliação e auditoria em saúde iniciou-se a partir de 2001-2002 com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e 01/2002.

Segundo Farias et al., (2011) expõem, no Sistema Único de Saúde a regulação é algo ainda mais desafiador, em face da complexidade do seu processo de implementação. Porém, para avançar no princípio da integralidade e da equidade, há necessidade de arranjos que articulem a regulação com a efetiva produção da rede de cuidados. Isto é, dispositivos que atuem na articulação e coordenação da rede que está em constante movimento e transformação, devendo ser considerados não apenas os valores quantitativos, mas os qualitativos e subjetivos, como os interesses dos atores envolvidos.

Nesse contexto, o absentéismo tem se revelado como um problema crônico na rede pública de saúde brasileira, onde a ausência dos usuários nas consultas e exames agendados atinge altos índices por parte dos usuários, o que implica em uma baixa utilização de recursos, fato que pode ser percebido em todas as regiões do Brasil nos mais diversos tipos de atendimentos e especialidades (OLESKOVICZ et al., 2020).

Com base nesse entendimento, as taxas de absentéismo às consultas médicas variam de 5 a 55 % entre os países, os sistemas de saúde e os diferentes contextos clínicos. A taxa média geral mundial de absentéismo em consultas é de 23,0%. Nos serviços públicos brasileiros observam-se taxas de até 52% em São Paulo; em João Pessoa 48,3%; no Ceará 32,17%; em Florianópolis 34,4% e no Espírito Santo 38,6% (RODRIGUES et al., 2020).

Cardoso (2019) identificou o absenteísmo por região brasileira e observou que o Sudeste apresentou maior número de estudos, seguido da região Nordeste e Sul, enquanto a região norte e centro-oeste nenhuma, conforme (Quadro 4) abaixo:

Quadro 4 - Absenteísmo por regiões brasileiras segundo os artigos identificados.

Principais regiões brasileiras	Estudos identificados
Sudeste	2, 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 12
Nordeste	1, 4 e 11
Sul	10
Norte	-
Centro Oeste	-

Fonte: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MedLine), no período de 2008 a 2018. Elaborado pela autora.

Citando uma referência mundial, o autor (CAVALCANTI et al., 2018) relata que a Espanha, buscando a maior transparência nas atividades de regulação assistencial, fez a publicação da Lei 16/2003, de Coesão e Qualidade do Sistema Nacional de Saúde (SNS) definiu um catálogo de ofertas comuns de serviços e a fixação de tempos máximos nas filas de espera para consultas e exames. Além disso, o sistema de saúde espanhol assumiu o compromisso de dar publicidade individual da fila de espera na internet, embora essa publicidade não tenha ocorrido de fato em todo o país e a agenda dos especialistas estejam ocultas e sob controle dos hospitais.

A introdução de ações de natureza regulatória para a assistência à saúde no SUS vem sendo colocada de forma mais explícita, pelo Ministério da Saúde, desde a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), em 2001, continua como Pacto pela Saúde em 2006 e acentua o processo de institucionalização mais recente, mediante a Política Nacional de Regulação, publicada em 2008.

Os instrumentos de regulação são tradicionalmente identificados como premissa da capacidade do governo de exigir o cumprimento de suas decisões. Eles podem ser agrupados em duas categorias básicas: ferramentas e estratégias, que, por sua vez, podem ser combinados com diversas modalidades, desde atos legislativos. Dessa forma, os requisitos e exigências administrativas, além de incentivos positivos, como subsídios, ou negativos, como sanções legais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Através da edição das Normas Operacionais a estruturação dos serviços de saúde torna-se expressiva e a regionalização é questionada. Dessa forma, a Norma Operacional Básica-NOB de 1993 (BRASIL, 1993) menciona no seu início, contudo priorizando a articulação intermunicipal e o sistema municipal, sem privilegiar a organização de Regiões de Saúde.

A regionalização estabelecida por meio Pacto pela Saúde, segundo a realidade, possibilita a atuação cooperativa entre os gestores do SUS e o desenvolvimento do controle social. Desta forma, coordenar a rede de ações e serviços de saúde é essencial, com a finalidade de garantir o cumprimento dos princípios de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado, sendo uma das responsabilidades da gestão a coordenação e o delineamento de uma rede intermunicipal de atenção à saúde, estabelecendo o espaço regional como prioritário nas negociações e combinações Inter federativas segundo as competências para efetivação das políticas e programas nacionais estruturantes do SUS (BRASIL, 2009).

Dados levantados, destacam que no Brasil, somente em 2008 foi publicada a Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, Art. 1º, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

No Art. 2º, as ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde;

II - Regulação da Atenção à Saúde;

III -Regulação do Acesso à Assistência (Quadro 5).

Quadro 5 – Organização das três dimensões de atuação da Regulação em Saúde

Dimensões da Regulação	Objeto	Sujeito	Instrumentos
Sistemas de saúde	Macro diretrizes para a regulação da atenção à saúde de sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde.	Gestores públicos.	Atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas e saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria.
Atenção à saúde	Atenção à saúde, produção das ações diretas e finais de atenção à saúde.	Prestadores públicos e privados.	Contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial.
Acesso à assistência/regulação assistencial	Organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS.	Gestores públicos, Complexo regulador, protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.	Complexo regulador, protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

Fonte: Elaborado com base na Portaria nº1.559/2008, do Ministério da Saúde (2008).

Os Complexos Reguladores são formados por unidades operacionais denominadas Centrais de Regulação, preferencialmente, descentralizadas e com um nível central de coordenação e integração, cujas atribuições são:

- I- fazer a gestão da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;
- II- absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos;
- III- efetivar o controle dos limites físicos e financeiros;
- IV- estabelecer e executar critérios de classificação de risco; e
- V- executar a regulação médica do processo assistencial.

3.1.1 Modelos de complexos reguladores

De acordo com a Portaria SAS/MS 1159/2008, o Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos:

- Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual

e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde objetivando a gestão municipal, no âmbito do Estado.

- Complexo Regulador Regional: a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população e referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado;
- Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação.

3.1.2 A organização do complexo regulador segue o seguinte ordenamento:

1-Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

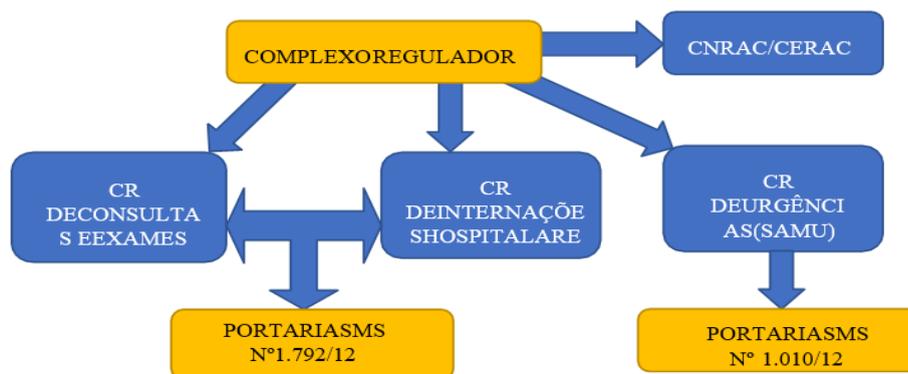
2-Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

3-Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

§ 2º A Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC será integrada às centrais de regulação de consultas e exames e internações hospitalares.

Desta forma, para maior compreensão, evidencia-se o complexo regulador de acordo com o (Figura 1) por meio de um fluxograma.

Figura 1 - Complexo regulador



Fonte: Ministério da Saúde, 2008.

Destaca-se ainda as atribuições da regulação do acesso, que serão definidas em conformidade com sua organização e estruturação. São elas:

I - Garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada;

II - Garantir os princípios da equidade e da integralidade;

1 - Fomentar ou a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde;

1. Elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação;
2. Diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência;
3. Construir e viabilizar as grades de referência e contrarreferência;
4. Capacitar de forma permanente as equipes que atuarão nas unidades de saúde;
5. Subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde;
6. Subsidiar o processamento das informações de produção; ex - subsidiar a programação pactuada e integrada.

3.1.3 Localização da região de acesso do CRR

A regulação do acesso do 4º CRS, está localizada em Capanema, através do Complexo Regulador Regional – CRR, foi o 1º complexo instituído no Pará, desde 2014, piloto das ações a serem implementadas no reordenamento das consultas e exames especializados para a Macrorregião II, que compreende 38 municípios de duas regiões de saúde: a Região de Saúde Metropolitana III com 22 municípios, a Região Rio Caetés com 16 municípios. Possui ainda, 12 prestadores de serviços, divididos entre as duas regiões na seguinte ordem:

Figura 2 - Complexos Reguladores Regionais (CRR)



Fonte: Resolução CIB/PA nº 63 de 24 de abril de 2013.

Com a implantação dos 06 Complexos Reguladores nas 06 regiões de saúde (Quadro 6), através da Resolução CIB/PA nº 63 de 24 de abril de 2013, houve uma abrangência dos 144 municípios com a organização das referências e contra - referências, tendo como base os pactos regionais, acordos e protocolos estabelecidos para a garantia do acesso, controlando toda a disponibilidade assistencial em seus diversos níveis (PLANO ESTADUAL DE SAÚDE, 2020 - 2023).

Quadro 6 - População X Complexos Reguladores Regionais do Estado do Pará

Região de Saúde	Complexo Regulador Regional	Nº de municípios	População	Porte
Metropolitana	Belém	40	3.631.029	Porte IV
Rio Caetés	Capanema	39	1.397.338	Porte III
B. Amazonas	Santarém	20	955.891	Porte II
Xingú	Altamira	9	319.083	Porte I
Carajás	Marabá	21	1.025.544	Porte III
Araguaia	Conceição do Araguaia	15	493.320	Porte I
Tota		144	7.822.205	

Fonte: Radaptado da resolução CIB/PA nº 63 de 24 de abril de 2013.

O Complexo Regulador Regional CAPANEMA, é composto por duas Regiões de Saúde: METROPOLITANA III e RIO CAETÉS, sendo esta composta por 16 municípios conforme demonstrado no (Quadro 7).

Quadro 7 - Municípios x Complexo Regulador Regional Capanema, 2022

MACRORREGIÃO II/CRR CAPANEMA			
	3º CRS METROPOLITANA III	4º CRS RIO CAETÉS	7 º CRS METROPOLITANA III
1	Castanhal	AUGUSTO CORRÊA	AURORA DO PARÁ
2	Curuca	BONITO	CAPITÃO POÇO
3	Igarapé Açu	BRAGANÇA	GARRAFÃO DO NORTE
4	Inhangapi	CACH. PIRIÁ	IPIXUNA
5	Magalhaes Barata	CAPANEMA	IRITUIA
6	Maracanã	N. TIMBOTEUA	MÃE DO RIO
7	Marapanim	OUREM	NOVA ESPERANÇA
8	S. Domingos do Capim	PEIXE BOI	PARAGOMINAS
9	S. Francisco Do Para	PRIMAVERA	SANTA MARIA DO PARÁ
10	São Joao Da Ponta	QUATIPURÚ	SÃO MIGUEL DO GUAMÁ
11	Terra Alta	SALINÓPOLIS	ULIANÓPOLIS
12		STA. LUZIA	
13		SANT. NOVO	
14		S. J. PIRABAS	
15		TRACUATEUA	
16		WISEU	

Fonte: Resolução CIB-SUS/PA nº 14, 2018.

Atualmente tais complexos estão atuando no referenciamento do atendimento especializado de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar solicitado pelos municípios para a rede estadual, a qual é formada por prestadores públicos e privados contratualizados.

O CRR capanema Rio Caetés (Quadro 8), possui 11 estabelecimentos de saúde, dos quais 07 são públicos e 04 são prestadores privados, conforme desenho abaixo

Quadro 8 - Rede Assistencial de Gestão Estadual Regulada CR Regional e Estadual.

Macrorregião II	CRR/Região de saúde	Municípios	Estabelecimentos
Macro II	CRR-Capanema –(Rio Caetés, Metropolitana) II e III	Augusto Corrêa	Hospital Maternidade São Miguel
		Bragança	Hospital Santo Antonio Maria Zaccaria
			Hospital Geral de Braganca
			Hospital da Clínicas de Bragança
			Laboratório de Análises Clínicas de Braganca
			Instituto Médico de Braganca
			Clínica Ultrapreven
		Capanema	Hospital Regional Público dos Caetés Dr Jorge Neto Da Costa
		Paragominas	Hospital Regional Público de Leste
		Ipixuna	Hospital Geral de Ipixuna do Para
Salinópolis	Hospital Regional Dr Olimpio Cardoso da Silveira		

Fonte: Sistema SER/DRA/DDASS/2022

3.2 PERDA POR SUBUTILIZAÇÃO OU PERDA PRIMÁRIA

O Sistema de Saúde do Brasil, requer um olhar para a questão do financiamento, envoltos em uma sintomatologia negativa da qualidade dos serviços prestados aos usuários que necessitam de uma assistência em saúde diante das inúmeras discussões do sistema regulatório. Por sua vez, as possibilidades presentes limitam-se a uma regulação mais efetiva que se apresentam nas mais diversas dificuldades operativas do sistema público que demandam fortes custos de transação sem regras definidas, sem definição exata de demandas, negocia-se a prestação de serviços, implanta e fiscaliza contratos, neste viés são impostos os altos custos de transação sobre uma transição para a regulamentação de interesse público (BRASIL, 2010).

Nesse processo, dar-se destaque no entendimento na perda por subutilização:

A subutilização de procedimentos — a não utilização de intervenções médicas efetivas e a um custo viável — é comum e provoca muito sofrimento, incapacidades e perda de vidas em todo o mundo. A subutilização de procedimentos ocorre em todos os pontos do continuum de tratamento e inclui populações que não têm acesso ao cuidado de saúde, à oferta adequada de recursos e profissionais de saúde, à adoção lenta ou parcial das inovações e pacientes que não têm acesso a elas ou que as recusam. O nível de subutilização de diferentes intervenções varia segundo o país, e o fenômeno está documentado em países de alta, média e baixa renda e em diferentes tipos de sistemas de saúde, modelos de pagamento e serviços de saúde. A maior parte da pesquisa sobre a subutilização concentra-se em avaliar soluções para o problema; muito menos

atenção é dada à prevalência global da subutilização ou às suas consequências para os pacientes e populações (GLASZIOU et al., 2017).

Desta forma, a subutilização, está associada a não utilização de intervenções médicas (exames, consultas e procedimentos) nos diversos sistemas de saúde. Sendo assim, o nível de intervenções tem uma variação no sistema de saúde. Logo, neste entendimento direcionado, se expressa que as perdas primárias e secundárias medem a utilização das vagas utilizadas em um determinado período. As perdas primárias ou subutilização indicam a não utilização das vagas disponibilizadas. No que se refere às perdas secundárias ou absenteísmo representam o não uso de oferta após ela ter sido agendada para um determinado usuário. (UNA-SUS, 2018).

3.2.1 Perda secundária ou absenteísmo

O sistema de saúde a décadas trava o desafio do absenteísmo dos usuários do sistema de saúde diante do não comparecimento para os procedimentos de consultas e de exames, revelando assim, um problema crônico. A literatura demonstra nos estudos publicado no Brasil, em relação aos prejuízos monetários para o sistema de saúde, são escassos os dados que possibilitem uma avaliação econômica mediante a apresentação de método analítico para se ter uma estimativa do custo que são (BELTRAME; OLIVEIRA; SANTOS, 2019).

Por outro lado, a perda secundária ou absenteísmo, que compreende o não comparecimento do usuário a consulta ou exame, após ter sido agendada, tem seus diversos motivos: indicação desnecessária do procedimento, agendamento do procedimento muito distante ou desconhecida pelo usuário, agendamento realizado em “cima da hora” ou não avisado “em tempo oportuno” ao usuário, falta de condições econômicas por parte do usuário para o deslocamento necessário, ausência de transporte para locomoção do usuário, descompromisso do usuário com a própria oferta e/ou com a sua saúde.

Os motivos para o absenteísmo de pacientes em consultas e exames especializados são variados e culminam em perdas de recursos públicos. Além disso, os prejuízos na continuidade da assistência e na resolutividade das demandas de saúde são impactantes, pois contribuem para o aumento das filas de espera e das demandas por urgência em consequência dessas faltas (JANDREY; DREHMER, 2000).

Para Farias et al.(2019) existe uma correlação positiva entre o tempo de espera e o absenteísmo e o porte municipal. De modo geral, o tempo de espera, que envolve o processo regulatório de agendamento das consultas e exames especializados, é fator importante que demonstra influenciar o absenteísmo.

4 METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO

Neste estudo, adotou-se os procedimentos metodológicos de uma pesquisa quanti-qualitativa do tipo exploratório descritivo. Segundo Prodanov (2013) a pesquisa do tipo exploratória facilita a delimitação do tema pesquisado orientando na construção dos objetivos e formulação das hipóteses. A pesquisa exploratória se assemelha a pesquisa bibliográfica e envolve entrevistas.

As pesquisas quantitativas direcionam a busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse pela dimensão subjetiva, utilizam procedimentos controlados, centrados na objetividade (ROCHA et al., 2015). Enquanto, a pesquisa qualitativa, Minayo (2001) envolve trabalhos com dados subjetivos, crenças, valores, opiniões, fenômenos, hábitos.

4.2 LOCAL DE ESTUDO (Aspectos geográficos)

O rio Caeté caracteriza-se por estar localizado em uma área que obteve uma colonização antiga na região amazônica no estado do Pará, com ocorrência de povoamento e ocupação originando-se no litoral e da formação de suas bacias hidrográficas do rio Caeté e Gurupi. No entanto, a intensificação do povoamento deu-se a partir da construção da Estrada de Ferro de Bragança – EFB (BRITO; SARAIVA; SILVA, 2018).

Nesse cenário, a bacia hidrográfica do rio Caeté faz parte da região hidrográfica denominada de Região Costa Atlântica-Nordeste, abrigando assim, a maior densidade demográfica do Pará. O rio Caeté tem como nascentes o município de Bonito, as fozes nos municípios de Bragança e Augusto Corrêa (LIMA et al, 2018).

Diante disto, o nordeste paraense, caracteriza-se por constituir uma área crítica de degradação ambiental das bacias hidrográficas, que tem origem desde a época de ocupação da região, possui como nascente o rio Bonito e deságua no Oceano Atlântico (COSTA; SOMBRA, 2021).

Desse modo, o estudo foi realizado nas Centrais de Regulação Municipais dos 16 municípios (Augusto Corrêa, Bonito, Bragança, Cachoeira do Piriá, Capanema, Nova Timboteua, Peixe-Boi, Primavera, Quatipuru, Salinópolis, Santa Luzia do Pará, Santarém Novo, São João de Pirabas, Tracuateua e Viseu).da Região de Saúde dos Caetés. Nesse sentido, entende-se por Região:

Espaço geográfico contínuo, constituído por grupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.(DECRETO PRESIDENCIAL nº 7.508/2011).

O estado do Pará está dividido em treze Regiões de Saúde (Figura 3) e quatro Macrorregiões de Saúde (Figura 4), de acordo com a Resolução (CIB-SUS/PA nº 90, 2013) e Resolução (CIB-SUS/PA nº 140, 2018), respectivamente:

Figura 3 – Regiões de Saúde do Estado do Pará

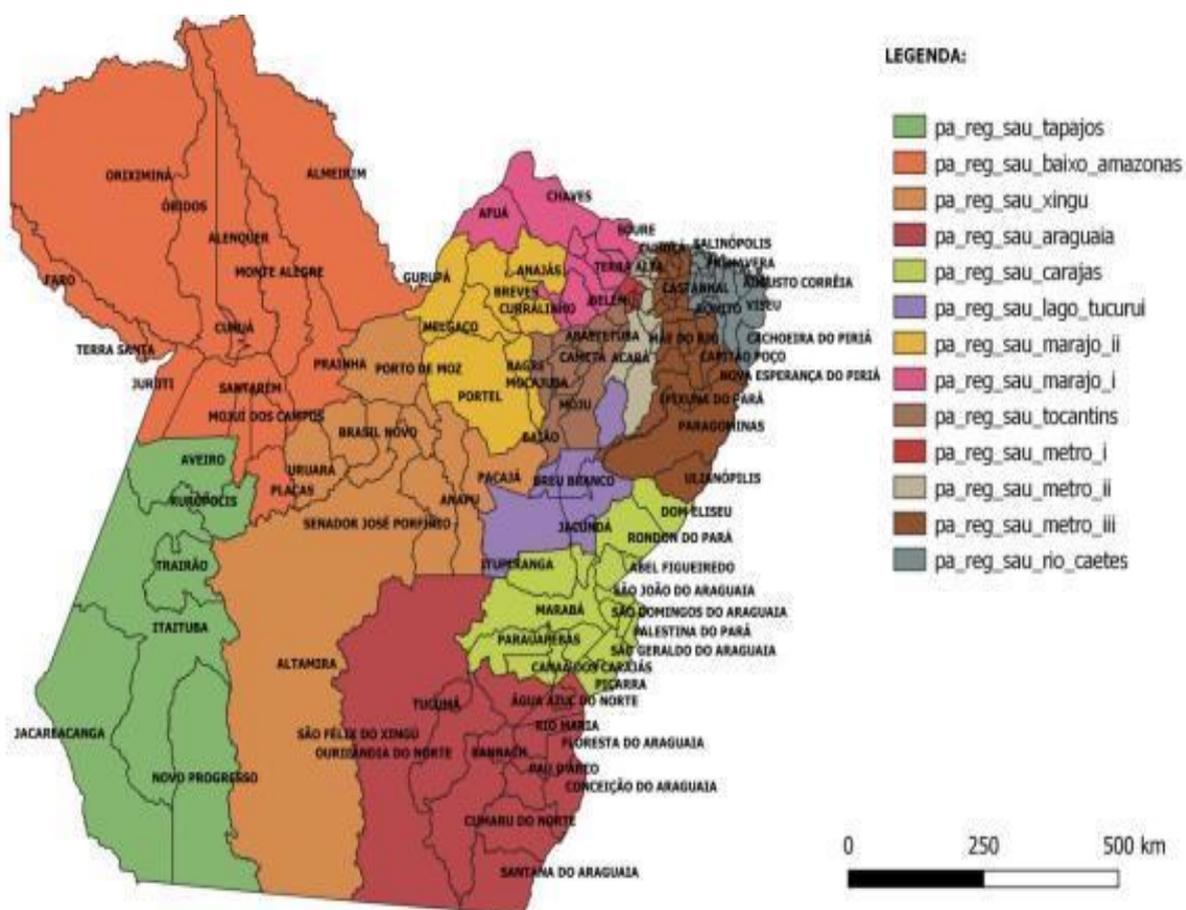
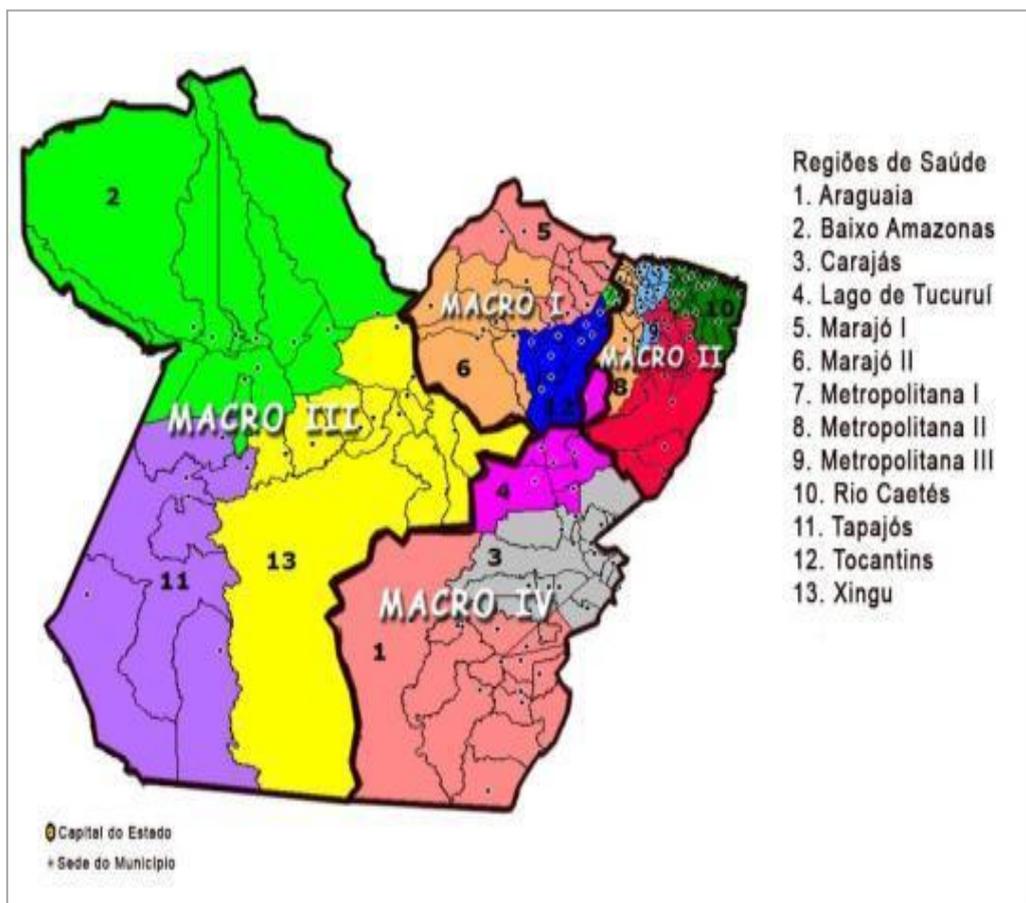


Figura 4 – Macrorregiões de Saúde do Estado do Pará



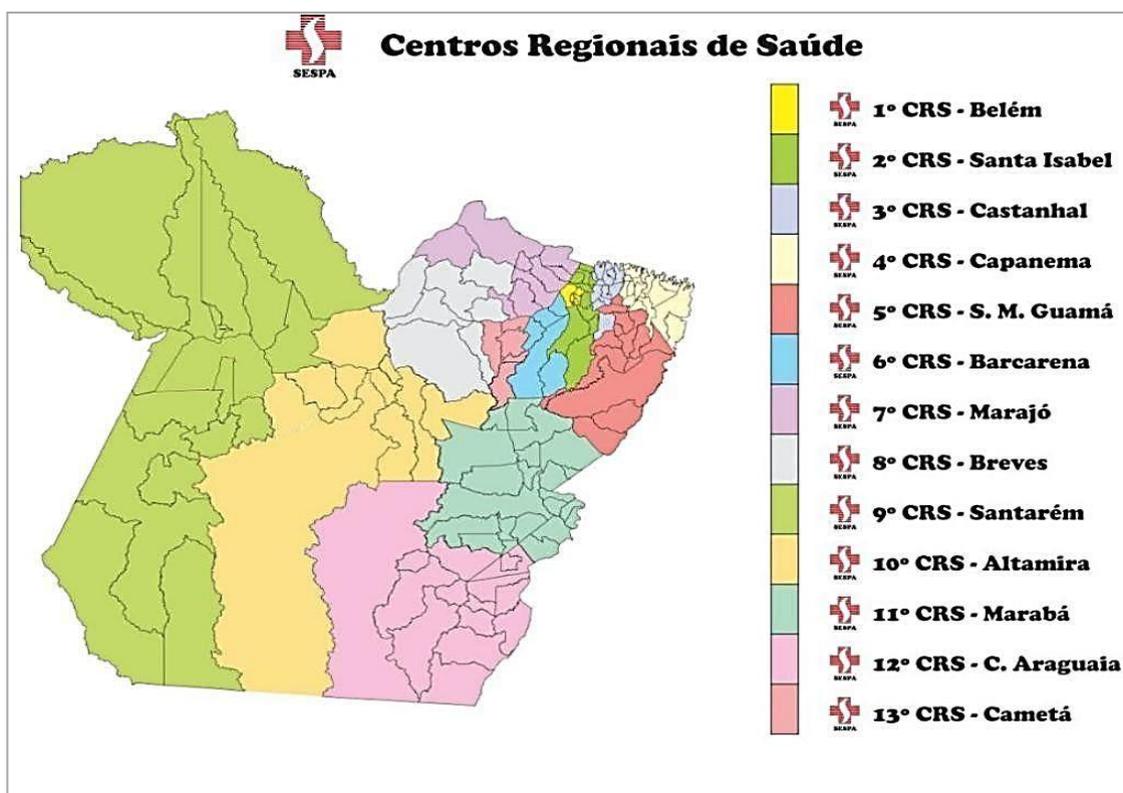
Fonte: Resolução CIB-SUS/PA nº 140/2018.

Cada Região de Saúde contempla ações e serviços de Atenção Básica, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde. Também há uma Comissão Intergestores Regional (CIR), responsável pelo planejamento e pactuação.

A Região de Saúde Rio Caetés é composta por dezesseis municípios que integram a região Nordeste do Estado do Pará e faz parte do 4º Centro Regional de Saúde da SESP (Figura 4), localizado no município de Capanema. Possui uma população total de 509.154 habitantes, os quais são: Augusto Corrêa, Bonito, Bragança, Cachoeira do Piriá, Capanema, Ourém, Nova Timboteua, Peixe-Boi, Quatipuru, Santarém Novo, Santa Luzia, Salinópolis, Primavera, São João de Pirabas, Salinópolis, Tracuateua e Viseu. Dentre estes, sete (Augusto Corrêa, Bragança, Cachoeira do Piriá, Primavera, Quatipuru, Santarém Novo e Tracuateua)

ainda estão sob gestão básica ampliada, sob gestão estadual, os demais estão em gestão Plena (RESOLUÇÃO CIBSUS/PA, 2018).

Figura 5- Centros regionais em saúde



Fonte: Resolução CIB-SUS/PA nº 140/2018.

A Região de Saúde Rio Caetés, tem especificidades como outras regiões do Estado tais como as distâncias entre as sedes dos municípios e suas localidades das zonas rurais, dificuldade de acesso devido à ausência de estradas vicinais e, ainda dificuldades com as condições de trafegabilidade destas e de algumas rodovias oficiais, dificultando o transporte de pacientes. Segundo o Mapa Nacional de Saúde (2013) discorre que a taxa de analfabetismo é de 20,7% em toda região e, está assim distribuída: de 15 a 24 anos 6,6%, de 25 a 59 anos 21,9% de 60 anos ou mais 50,2% (RESOLUÇÃO CIB-SUS/PA, 2018).

O nível de instrução foi dividido em dois: Nível Fundamental Completo/Médio Incompleto e Médio Completo/Superior Incompleto. As taxas regionais são 11,66% para o primeiro Grupo e 10,23% para o segundo grupo (Resolução CIB-SUS/PA, 2018).

O Produto Interno Bruto-PIB da região é de R\$ 1.711.742,00 (Um milhão setecentos e onze mil, setecentos e quarenta e dois reais), sendo o PIB per capita regional R\$3.536,72 (Três mil quinhentos e trinta e seis reais e setenta e dois centavos). Em relação à coleta de lixo, na área urbana por situação de domicílio a Rio Caetés possui, 83,44% coletado por serviço de

limpeza, 83,9% colocado em caçamba de serviço de limpeza, 17,16% queimado na propriedade, 25,28% jogado em terreno baldio ou logradouro, 26,32% outro destino. Na área rural, 19,15% coletado por serviço de limpeza, 16,11% colocado em caçamba de serviço de limpeza, 82,81% queimado na propriedade, 69,54% jogado em terreno baldio ou logradouro, 62,9% outro destino (RESOLUÇÃO CIB-SUS/PA, 2018).

O esgoto sanitário na área urbana da região de saúde Rio Caetés, por situação de domicílio apresenta os seguintes dados 74,9% atendido por rede geral de esgoto ou rede pluvial destes; 66,3% possuem fossa séptica; 44,2% fossa rudimentar e 37,2% outras formas. Na área rural 25,1% são atendidos por rede geral de esgoto ou rede pluvial; 33,7% possuem fossa séptica; 55,8% fossa rudimentar e 62,8% outras formas (RESOLUÇÃO CIB-SUS/PA, 2018).

Com relação ao abastecimento de água, por situação de domicílio, a Rio Caetés na área urbana tem 61,3% atendidos por rede geral de distribuição, 29,2% possuem poço ou nascente na propriedade, 8,3% são abastecidos por poço ou nascente fora da propriedade e 1,3% outra forma. Na área rural 35,4% são abastecidos por rede geral de distribuição, 43,1% possuem poço ou nascente na propriedade, 15,8% são abastecidos por poço ou nascente fora da propriedade e 5,8% de outras formas (RESOLUÇÃO CIB-SUS/PA, 2018).

No setor Saúde, a Região apresenta dificuldades importantes quanto ao acesso universal e qualificado aos serviços, à ampliação de equipamentos/serviços, em especial nas zonas rurais, e quanto à integralidade da atenção. Entretanto, com relação à política de saúde, verifica-se um cenário regional de avanços no nível da atenção primária, sobretudo no que tange à cobertura da população assistida. Todavia, a realidade da cobertura assistencial tanto na atenção primária, quanto na média e alta complexidade ainda apresenta condições desafiadoras para os 16 municípios que a compõem, pois ainda se constata vazios assistenciais que impedem e/ou dificultam os usuários do SUS de acessarem ao conjunto de ações de serviços de saúde, em sua plenitude na região, garantindo a equidade e integralidade da atenção (RESOLUÇÃO CIBSUS/PA, 2018).

A Região de Saúde Rio Caetés tem 463 Estabelecimentos de Saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, sendo 158 Unidades Básicas, 98 Postos de Saúde, 55 Clínicas Especializadas, 28 consultórios isolados e 14 hospitais gerais, 16 Centrais de Regulação, 13 Academias da Saúde, 16 NASF, 08 CAPS, 27 SADT e 17 Unidades de

Transporte Móvel além dos demais serviços. Com relação à cobertura das equipes da Atenção Básica, a Região tem 86,85% de Agentes Comunitários de Saúde, 96,65% de

Estratégia de Saúde da Família e 82,04% de equipes de Saúde Bucal (RESOLUÇÃO CIB-SUS/PA, 2018).

A estimativa de população coberta pela Estratégia Saúde da Família na Região apresenta-se composta de 381.034 pessoas do total de 485.689 habitantes, significando que em média 21,55% da população não estão acessando regularmente os serviços da Atenção Básica. Mas se considerarmos os novos cálculos para a Cobertura de equipes de Atenção Básica temos uma cobertura ótima, de 94,85% (RESOLUÇÃO CIB-SUS/PA, 2018).

4.3 POPULAÇÃO - ALVO

A população -alvo da pesquisa, corresponde aos 42 profissionais envolvidos no processo de regulação dos 16 municípios à serviços das Centrais de Regulação pertencentes a Região de Saúde Rio Caetés.

4.3.1 Amostra da população alvo

A amostragem para população alvo resulta em um quantitativo de 42 Reguladores das Centrais de Regulação Municipais que participaram respondendo aos questionamentos da pesquisa, dos 80 reguladores disponíveis nos 16 municípios pertencentes à Região de Saúde dos Caetés.

4.3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos servidores municipais temporários e/ou efetivos que atuam no Serviço de Regulação que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os servidores municipais que estavam afastados dos serviços por licença ou férias durante a implementação da pesquisa ou que não aceitaram participar.

4.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Esta pesquisa utilizou-se da abordagem quanti-qualitativa para a obtenção dos dados no período de 02 de maio a 30 de julho de 2022, seguida de duas etapas:

1ª Etapa: Diagnóstico Situacional da Região de Saúde Rio Caetés

Esta etapa correspondeu a um levantamento de dados no Complexo Regulador Regional/CRR com todos os municípios que compõem a Região de Saúde dos Caetés por meio

de consulta ao Sistema Estadual de Regulação (SER) para a constatação do número de ofertas de consultas e exames especializados disponibilizados, agendados e realizados. Tendo esta visualização, objetivou-se a classificar os municípios quanto aos índices de subutilização e absenteísmo de consultas, exames especializados e o grau de conhecimentos dos profissionais relativos a cada Central de Regulação Municipal selecionada.

2ª Etapa: Levantamento de dados junto ao população-alvo

A segunda etapa foi realizada, mediante convite aos profissionais das Regulações Municipais em estudo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Foi aplicado o formulário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas com preenchimento e envio na plataforma *Google Forms* (APÊNDICE 6), relacionadas à estrutura e funcionamento do serviço de Regulação, bem como informações referentes ao acesso do usuário aos serviços de média e alta complexidade em cada município participante da pesquisa.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Foram adotados para análise das variáveis independentes: a caracterização sociodemográfica e a estrutura de serviços de saúde disponíveis no território municipal. Desse modo, as variáveis dependentes às relacionadas à caracterização do serviço de regulação municipal e sua interface com a atenção primária, a relação com a regulação regional x demandas judiciais e a regulamentação interna como: protocolo, insumos e meios para efetivação de acessibilidade, mobilização e articulação com a atenção primária e gestão municipal para efetivação da acessibilidade. Conforme demonstrado no (Quadro 9).

Quadro 9- Análise das variáveis independentes e caracterização demográfica

ANÁLISE DAS VARIÁVEIS	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA
CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO	<ul style="list-style-type: none"> - ÁREA GEOGRÁFICA: - POPULAÇÃO: - IDH: - DISTÂNCIA ATÉ CAPANEMA E BRAGANÇA EM KM: - CONCENTRAÇÃO POPULACIONAL EM PERCENTUAL: ZONA URBANA: <li style="padding-left: 40px;">ZONA RURAL:

<p>CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE SAÚDE MUNICIPAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TIPO DE GESTÃO: - PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL - BÁSICA AMPLIADA <p>-NÚMERO DE SERVIÇOS DE SAÚDE:</p> <p>-HOSPITAIS:</p> <p>-UBS:</p> <p>-ESF:</p> <p>-LABORATÓRIO:</p> <p>-OUTROS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS:</p> <p>-OFERTA PRÓPRIA DE ESPECIALIDADE MÉDICAS:</p>
	<p>-OFERTA PRÓPRIA DE EXAMES ESPECIALIZADOS:</p>
<p>CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE REGULAÇÃO MUNICIPAL</p>	<p>NÚMERO DE FUNCIONÁRIO</p>
	<p>INFORMATIZAÇÃO</p>
	<p>ESPAÇO FÍSICO</p>
	<p>NÚMERO DE SALAS</p>
	<p>COTA MENSAL DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS REGIONAL</p>
	<p>TAXA DE SUBUTILIZAÇÃO E ABSENTEÍSMO DO SEU MUNICÍPIO</p>
	<p>DEMANDAS REPRIMIDAS DE MAIOR EVIDÊNCIA E RELEVÂNCIA NO MUNICÍPIO</p>
	<p>GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS</p>
<p>LOGÍSTICA DISPONÍVEL PELO MUNICÍPIO PARA TRANSPORTE DE PACIENTES PARA TRATAMENTO FORA DO MUNICÍPIO</p>	

Fonte: desenvolvido pela pesquisadora (2022)

Os dados foram coletados por meio da plataforma *Google Forms*, foram planilhados em tabela utilizando o programa Microsoft Office Excel 2017® e analisados com auxílio do software Statistica 7.0. Se faz pertinente ao objetivo proposto neste trabalho foram digitadas e analisadas aplicando a estatística adequada para apresentar os resultados. Os dados foram submetidos aos testes qui-quadrado e Teste Exato de Fisher em nível de 5% de significância ($p < 0,05$) e intervalo de confiança (IC) de 95%.

4.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo em questão abordou seres humanos. Portanto, foi observado a Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi submetido via Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em pesquisas humanas da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e teve seu parecer APROVADO através do parecer consubstanciado sob o número: 5.315.901 em 28 de março de 2022.

A partir de então, todos os participantes que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa foram informados a respeito de sua participação, suas identidades foram preservadas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 3).

4.6.1 Benefícios aos participantes da pesquisa

Os benefícios são de forma indireta, pois visa subsidiar a implementação de melhorias para a organização da rede de serviços e assegurar a qualidade da atenção à saúde, reduzindo, assim, o absenteísmo e a subutilização de consultas e exames das centrais de regulação municipais da Região de Saúde dos Caetés, Pará.

4.6.2 Riscos para os participantes da pesquisa

Os riscos dessa pesquisa são de que as informações coletadas nas entrevistas individuais sejam inadvertidamente divulgadas, o que poderia causar algum constrangimento para os sujeitos envolvidos na pesquisa. Para evitar essa ocorrência, todas as informações serão objeto de sigilo entre a pesquisadora, orientadora, coorientadora e os participantes, com armazenamento em local seguro dos dados.

Foi garantido o direito de cada participante de se retirar da pesquisa a qualquer momento, caso decida. O estudo não possui nenhum procedimento invasivo ou que traga riscos à saúde dos participantes e nem ônus aos participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

ETAPA 1: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REGIÃO DE SAÚDE RIO CAETÉS

O levantamento de dados desta pesquisa refere-se ao Diagnóstico situacional da Região Rio Caetés coletados nos Complexo Regulador Regional - CRR com todos os municípios que compõem a Região de Saúde dos Caetés por meio de consulta ao Sistema Estadual de Regulação (SER) para a constatação do número de ofertas de consultas e exames especializados disponibilizados, agendados e realizados. Objetivando classificar os municípios quanto aos índices de distribuição de subutilização e absenteísmo de consultas e exames especializados relativos a cada Central de Regulação Municipal selecionada para o ano de 2021. Assim, dispostos na (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de Subutilização e Absenteísmo por município da Região Rio Caetés no ano de 2021.

MUNICÍPIOS	Oferta de consultas e especializados	Agendado Utilização	Realizado exames	%	% Subutilização	Faltosos	% Absenteísmo
Augusto Corrêa	22239	5623	3486	25,28%	74,72%	2137	38,00%
Bonito	7796	1405	1093	18,02%	81,98%	312	22,20%
Bragança	69427	31267	24488	45,03%	54,97%	6779	21,68%
Cachoeira do Piriá	16836	1250	773	7,42%	92,58%	477	38,16%
Capanema	17214	6117	4872	35,53%	64,47%	1245	20,35%
Nova Timboteua	9991	916	657	9,16%	90,84%	259	28,27%
Ourém	10025	366	366	3,65%	96,35%	0	0,0%
Peixe – Boi	5463	780	629	14,27%	85,73%	151	19,35%
Primavera	7186	1010	840	14,05%	85,95%	170	16,83%
Quatipuru	8872	634	415	7,14%	92,86%	219	34,54%
Salinópolis	6348	3344	2880	52,67%	47,33%	464	13,87%
Santa Luzia do Pará	10147	1753	1446	17,27%	82,73%	307	17,51%
Santarém Novo	4345	639	532	14,70%	85,30%	107	16,74%
São João de Pirabas	14815	1086	795	7,33%	92,67%	291	26,79%
Tracuateua	16156	2249	1678	13,92%	86,08%	571	25,38%
Viseu	31400	3400	2263	10,82%	89,18%	1137	33,44%
TOTAL - RIO CAETÉ	258.260	61.839	47.213	23,94%	76,06%	14626	23,65%

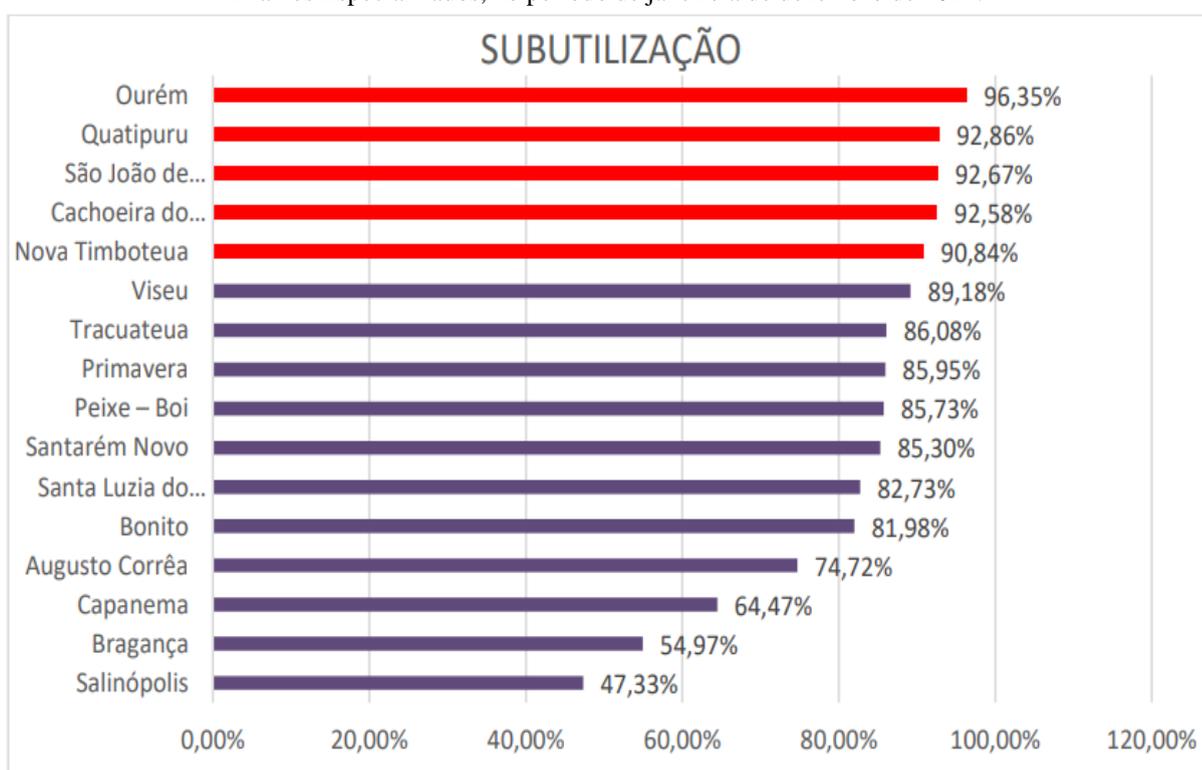
Fonte: elaborada pela pesquisadora (2022) com dados do SER (2021)

Na (Tabela 1) em destaque foram apresentados os dados referentes à prevalência global das perdas por subutilização e absenteísmo nos municípios, no ano de 2021, evidenciando o grupo de procedimentos de consultas e exames ofertados, agendados e realizados. Nota-se que o número de perdas por subutilização é maior que o de absenteísmo no ano analisado.

A prevalência global da subutilização nos municípios nos grupos de procedimentos consultas e exames especializados a média geral do ano foi de 76,06%. Em relação ao absenteísmo de consultas e exames especializados, obteve a média da prevalência de 22,33%.

Assim, cabe a discussão sobre as perdas primárias de exames e consultas que foram crescentes entre os anos, com redução apenas no último ano para os exames, que pode estar relacionado à diminuição da oferta. Há de se levantar a hipótese de que, as ofertas disponibilizadas são maiores do que as necessidades de saúde das regiões atendidas pelos AMEs, associada a uma demanda talvez irreal, equipamentos em manutenção, ausência de reprogramação das demandas em relação à oferta. (CAMPOVILLE, 2019). Para melhor visualizar a distribuição de perdas por subutilização e absenteísmo nos municípios da Região do Rio Caetés, observe os dados expressos de Subutilização de acordo com a (Figura 6) e absenteísmo (figura 7).

Figura 6 – Distribuição de perdas por Subutilização nos municípios da Região Rio Caetés, no grupo Consultas e Exames Especializados, no período de janeiro a de dezembro de 2021.

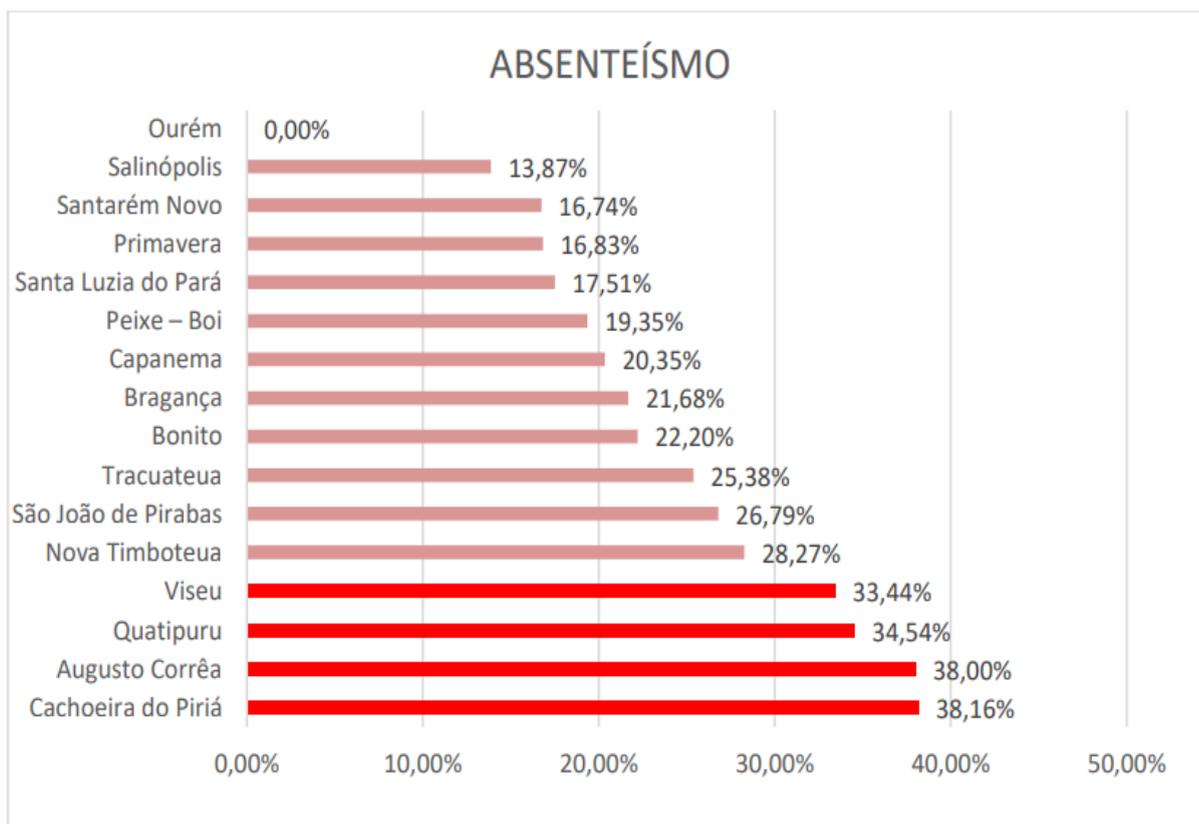


Fonte: elaborada pela pesquisadora (2022) com dados do SER (2021)

Para Campoville (2019) expõem que, o município de São Paulo adotou como estratégia a utilização do *overbooking* e reduziu em 2% a taxa de perda primária ou subutilização para procedimentos especializados. Com esta baixa utilização das consultas especializadas, pode estar relacionada à distribuição das consultas na rede, à falta de adequação no horário de

atendimento, à disponibilidade do usuário, a quantidade de vagas ofertadas, número de médicos especialistas insuficientes, dificuldade de fixação dos médicos no interior, alta dependência do setor privado, diminuição da participação da União e do Estado na oferta de média e alta complexidade e no financiamento de serviços de saúde (HEIMANN et al, 2007).

Figura 7 – Distribuição de perdas por absenteísmo nos municípios da Região Rio Caetés, no grupo Consultas e Exames Especializados, no período de janeiro a dezembro de 2021.



Fonte: elaborada pela pesquisadora (2022) com dados do SER (2021)

Nesta definição, observar a distribuição de perdas por absenteísmo é essencial para o monitoramento por parte dos serviços e gestores, tanto na perspectiva do gerenciamento, quanto na organização e regulação do sistema (CAVALCANTI, 2018).

Para identificar os grupos de procedimentos de consultas e exames especializados com as maiores prevalências de perdas por subutilização e absenteísmo no ano de 2021, os dados foram apresentados na (Tabela 2). Sendo o grupo de exames laboratoriais, o que apresentou as maiores perdas, correspondente a 82,10% por subutilização e apenas 8,78% no absenteísmo. Seguido do grupo consultas que obteve 71,44% de subutilização e 26,00% de absenteísmo. O número total de exames ociosos por não agendamentos foi de 167.686.

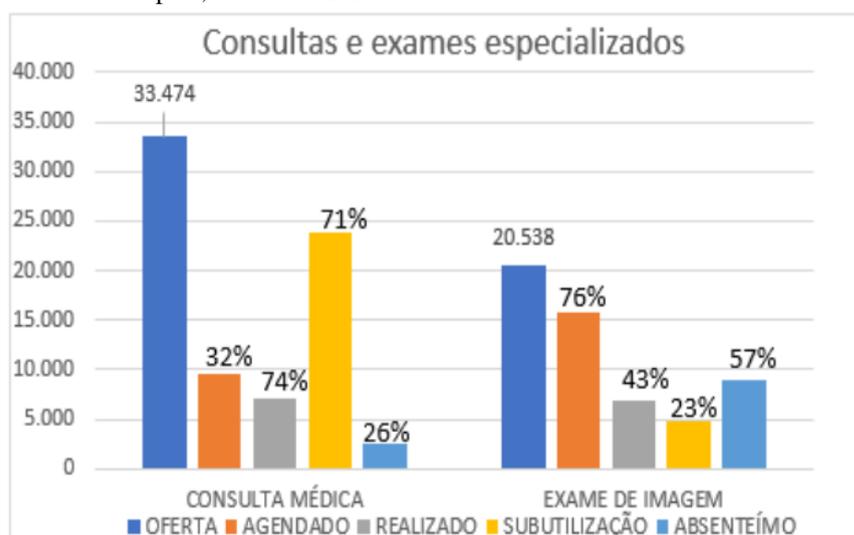
Tabela 2 – Distribuição de subutilização e absenteísmo por grupo de procedimentos nos municípios da região rio Caetés no ano de 2021.

ESPECIFICAÇÃO	Valor	Oferta	Agendado	Realizado	Subutilização	Absenteísmo
Consulta médica	Quant	33.474	9.561	7.076	23.913	2.485
	%	100,00%	28,56%	74,00%	71,44%	26,00%
Exame de imagem	Quant	20.538	15.716	6.783	4.822	8.933
	%	100,00%	76,52%	43,15%	23,48%	56,85%
Laboratório	Quant	204.248	36.562	33.354	167.686	3.208
	%	100,00%	17,90%	91,22%	82,10%	8,78%
Total	Quant	258.260	61.839	47.213	196.421	14.626
	%	100,00	23,90%	76,34%	76,06%	23,65%

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2022) com dados do SER (2021)

Ao analisar o número absoluto total de perdas por subutilização e de absenteísmo de consultas e exames especializados no período, obteve-se 196.421 ou 76,06% procedimentos que não foram realizados por motivos de não agendamentos 14.626 corresponde ao índice de 23,65% por faltas dos usuários aos serviços nos respectivos municípios. De acordo com a (Figura 8).

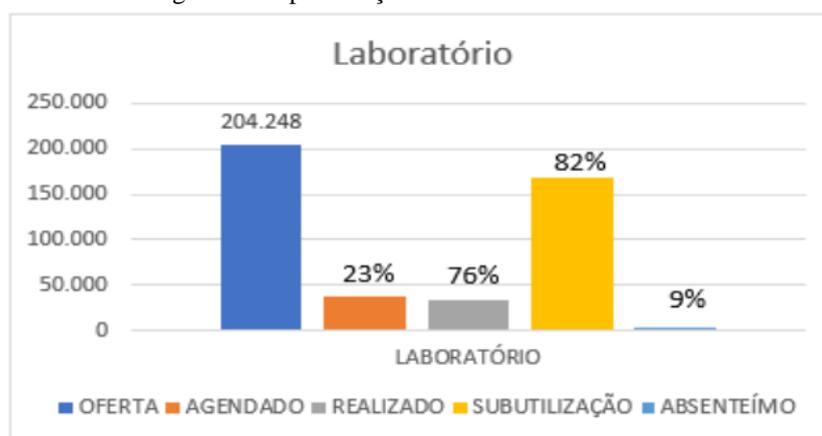
Figura 8 – Número de Consultas e Exames Especializados Ofertados, Agendados, Realizados, Subutilização e Absenteísmo nos municípios, no ano de 2021.



Fonte: elaborada pela pesquisadora (2022) com dados do SER (2021)

Em relação a oferta dos exames laboratoriais os dados apontam uma oferta de 204.248 exames, sendo que no respectivo ano obteve-se 23% de agendamento. Os dados apontam que foram realizados 76% dos exames laboratoriais com um índice de 82% de subutilização e 9% de absenteísmo. Conforme apresentados na (Figura 9).

Figura 9 – especificação do número de laboratórios



Fonte: elaborada pela pesquisadora (2022) com dados do SER (2021)

Na (Tabela 3), foram selecionados entre os procedimentos, cinco especialidades/exames com maiores prevalências de perdas por subutilização no ano 2021 e na (Tabela 4), o absenteísmo de exames e consultas por especialidade por ano. Verifica-se que algumas consultas especializadas tiveram valores altos de perdas por subutilização, como é o caso da Nefrologia com (70,83%), Ginecologia (69,59%) e Gastroenterologia (66,88%).

Os exames apresentaram alto valor de perda por subutilização no período estudado, como o Ecocardiograma (51,87%), Ultrassonografia (30,83%) e Endoscopia Digestiva Alta (30,15%).

Tabela 3 – Subutilização de Consultas Especializadas e Exames por Imagem

Procedimentos - CONSULTAS	N de consultas ofertados	N de consultas agendadas	% SUBUTILIZAÇÃO
Nefrologia	1.296	378	70,83%*
Ginecologia e Obstetrícia	1.796	546	69,59%
Gastroenterologia	1.072	355	66,88%
Cirurgia geral	8.150	3.120	61,71%
Trauma-ortopedia	6.274	2.493	60,26%
Total	18.588	6.892	62,92%
Procedimentos - EXAMES POR IMAGEM	N de exames de imagem ofertados	N de exames de imagem agendados	% SUBUTILIZAÇÃO
Ecocardiograma	852	410	51,87%
Ultrassonografia	3.129	2.162	30,83%
Endoscopia digestiva	3.310	2.312	30,15%
Mamografia	2.232	1.588	28,85%
Tomografia	5.698	4.490	21,20%
Total	15.221	10.962	27,98%

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2022) com dados do SER (2021)

Destaca-se ainda alguns dados da Tabela 4 que demonstram os valores de absenteísmo por tipo de consultas e exames especializados, são relativamente menores que o de perdas por subutilização. Apesar dos valores, a média geral do absenteísmo no ano 2021 ter apresentado 25,99% em consultas e 56,84% nos exames, algumas consultas e exames excedem estes valores como é o caso de Ginecologia (52,01%) , Gastroenterologia (34,74%) e o Trauma-Ortopedia (29,04%) e nos exames novamente dois procedimentos se repetiram: o Ecocardiograma (47,07%) e a Endoscopia Digestiva Alta (39,23%) e como terceiro a Mamografia (25,12%), ficando com as taxas de absenteísmo abaixo da média.

Tabela 4 – Absenteísmo de Consulta Especializada e exames por imagem com as maiores taxas de absenteísmo.

Procedimentos - CONSULTAS	N de consultas agendadas	N de consultas realizadas	% ABSENTEÍSMO
Ginecologia e obstetrícia	546	262	52,01%
Gastroenterologia	355	231	34,74%
Trauma-ortopedia	2.493	1.769	29,04%
Nefrologia	378	292	22,75%
Cirurgia geral	3.120	2.696	13,58%
Total	6.892	5.250	23,82%
Procedimentos - EXAMES POR IMAGEM	N de exames de imagem agendados	N de exames de imagem realizados	% ABSENTEÍSMO
Ecocardiograma	410	217	47,07%
Endoscopia digestiva	2.312	1.405	39,23%
Mamografia	1.588	1.189	25,12%
Tomografia	4.490	4.328	3,60%
Ultrassonografia	2.162	2.145	0,79%
Total	10.962	9.284	15,30%

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2022) com dados do SER (2021)

Observou-se que, a prevalência de subutilização e absenteísmo encontradas na Região Rio Caetés, embora seja alta, conforme demonstrado na pesquisa, não pode ser analisada com base nos parâmetros do Estado do Pará, por falta de indicador normatizado por um órgão competente. Sendo necessário recorrer a parâmetros de outros Estados ou municípios, tendo em vista esta ausência na referência estadual.

A prevalência global de subutilização (76,06%) e absenteísmo (15,30%) da Região Rio Caetés no Estado do Pará, no ano de 2021, ficaram elevadas, além do preconizado, de acordo

com o padrão de outros estados. A média global utilizada como referência neste estudo, foi dos ambulatórios médicos de especialidade do município de São Paulo, que usa como taxa ideal de absenteísmo, o valor de 15%.

Foi possível concluir que os estudos sobre essa temática chamam a atenção para a importância de envolver a rede de atenção como um todo para que medidas mais complexas e variadas, nos níveis estratégico, tático e operacional, com a implantação de estratégias tanto focais quanto sistêmicas, sejam incorporadas como métodos de avaliação e monitoramento afim de reduzir a problemática da subutilização e do absenteísmo.

2ª ETAPA: LEVANTAMENTO DE DADOS JUNTO AO POPULAÇÃO-ALVO

Os resultados apresentados foram obtidos mediante a coleta de dados por meio de uma abordagem quanti-qualitativa, sendo que os dados que se referem na análise quantitativa originaram das perguntas fechadas e os dados obtidos por via qualitativa das respostas abertas (Tabela 5).

Tabela 5 - Referente às características do município

Características	N	%
Área geográfica		
Até 2.420 km ²	12	29%
Acima de 2.420 km ² até 260 km ²	6	14%
Acima de 260.000 km ² até 625.000 km ²	10	24%
Acima de 625.000 km ²	9	21%
Não sabe ou não soube responder	5	12%
População		
Até 12.000	7	16,7%
Acima de 12.000 até 30.000	15	35,7%
Acima de 30.000 até 70.000	15	35,7%
Acima de 70.000	4	9,5%
Não sabe ou não soube responder	1	2,4%
IDH		
Abaixo de 0,5	3	7%
Entre 0,5 e 0,6	22	52%
Acima de 0,6	10	24%
Não sabe ou não soube responder	7	17%
Distância para Capanema		
Até 50 km	13	31,0%
Acima de 50 km até 80 km	9	21,5%
Acima de 80 km até 120 km	3	7,1%
Mais de 120 km	3	7,1%

<u>Não sabe ou não soube responder</u>	<u>14</u>	<u>33,3%</u>
Distância para Bragança		
Até 50 km	3	7,1%
Acima de 50 km até 80 km	4	9,5%
Acima de 80 km até 120 km	14	33,3%
Mais de 120 km	7	16,8%
<u>Não sabe ou não soube responder</u>	<u>14</u>	<u>33,3%</u>
Concentração populacional		
Zona Rural	16	38%
Zona Urbana	26	62%

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Responderam ao questionamento (n=42) Reguladores das Centrais de Regulação Municipais do rio Caeté. Com relação à caracterização da área geográfica (n=12), que correspondem a 29% dos participantes demonstraram conhecimento da área do município que possui até 2.420 km², em contrapartida (n=5), ou seja, 12% dos reguladores não sabem ou não souberam responder ao item correspondente.

Os dados coletados referente à caracterização da população do rio Caeté, os reguladores (n=15) que correspondem a 35,7% estimam a existência de uma população acima de 12.000 até 30.000 e paralelo a isto, foi verificado que o mesmo número de reguladores (n=15), ou seja, 35,7% assinalaram que a população do rio Caeté está acima de 30.000 até 70.000.

Em relação aos dados referentes ao Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, foi observado que, de acordo com o número de reguladores (n=3) correspondente a 7%, especificaram o índice abaixo de 0,5 no município. Enquanto, o maior índice corresponde a resposta de (n=22) ou seja, 52% dos reguladores responderam que o IDH está entre 0,5 e 0,6. Seguindo o mesmo parâmetro de (n=10), com 24% dos reguladores, apontaram o IDH, acima de 0,6. Por outro lado, (n=7) dos reguladores, que correspondem a 17% dos entrevistados, não souberam ou não sabem responder quanto ao item IDH do município.

Quando se refere à distância para o município de Capanema, verificou-se que o maior índice de respostas dos reguladores (n=14), que representam 33,3% dos entrevistados, não sabe ou não soube responder ao questionamento. Enquanto (n=13) ou 31,0% assinalaram que a distância para Capanema se refere até 50 Km. Na sequência, (n=9) o que representa 21,5%,

assinalaram que a distância está acima de 50km até 80 Km. Os dados apresentaram (n=3) 7,1% dos reguladores assinalando a distância acima de 80 Km até 120 Km. Assim como, (n=3) 7,1% assinalaram que a distância está acima de 120 km.

No que se refere à distância para o município de Bragança, dois índices foram iguais o que correspondem (n=14) 33,3% dos reguladores responderam que a distância se refere acima de 80Km até 120 Km. De igual modo, (n=14) 33,3% não sabem ou não souberam responder este item. No entanto, (n=7) 16,8% dos reguladores assinalaram que a distância está acima de 120 Km. Seguido de (n=4) 9,5% dos reguladores marcaram que a distância estaria acima de 50 Km até 80 Km e por fim, (n=3) 7,1% responderam que a distância do município de Bragança é de até 50 Km.

No item, concentração populacional da região do rio Caeté apresentou (n=26) 62% de concentração na zona urbana e somente (n=16) 36%, da população estão concentradas nas zonas rurais da região.

De acordo com os estudos de Dias e Cirilo (2018), o rio Caeté faz parte do sistema de gerenciamento de recursos hídricos do estado do Pará. A região do rio Caeté possui aproximadamente uma área de 2.149,63 Km², serve como meio de acesso a vários municípios fazendo uma ligação com o meio urbano e rural situado na região nordeste paraense abrangendo 16 municípios (Augusto Corrêa, Bonito, Bragança, Cachoeira do Piriá, Capanema, Nova Timboteua, Peixe-Boi, Primavera, Quatipuru, Salinópolis, Santa Luzia do Pará, Santarém Novo, São João de Pirabas, Tracuateua e Viseu).

Verificou-se que as respostas apresentadas pelos reguladores na pesquisa, sobre a área do rio Caeté, obtiveram maior índice de respostas que possui até 2.420 km². Estes dados não condizem com o levantamento referente a área da região do rio Caeté evidenciados nos estudos dos autores geógrafos Dias e Cirilo (2018), cuja área relatada é de aproximadamente de 2.149,63 Km², sendo assim, verifica-se a fragilidade das respostas emitidas pelos reguladores.

Segundo dados levantados pela FAPESPA (2020) definido pelo Radar de Indicadores da População da região do rio Caeté no nordeste do Pará, foram estimados de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Estes dados registraram que o Produto Interno Bruto - PIB do rio Caeté é de 4. 807098 por (R \$1.000,00) com uma população de 509.091, constituindo um PIB per capita de 9.443 por hab. Nota-se que a população estimada pelos reguladores, apresentou um índice muito diferente do que demonstrando pelo Radar de

Indicadores da População do Rio Caeté. Sugerindo ausência de informações por parte dos reguladores da região do rio Caeté.

Brito, Saraiva e Silva (2019) pontuam que a região do Rio Caeté possui uma população de 473.086 habitantes dados de acordo com o censo do IBGE do ano de 2010. Os estudos destes autores destacam que a população do rio Caeté é predominantemente em sua totalidade urbana. Desse modo, os dados levantados na pesquisa se igualam ao da literatura evidenciando a concentração populacional na área urbana.

Em relação à distância dos Municípios Capanema e Bragança, não foi constatado nenhuma publicação que demonstrasse o interesse de verificar a quilometragem entre os municípios que compõem a região do Rio Caeté. Porém, ao utilizar o GPS da Plataforma *Google*, verificou-se que o trajeto de Capanema para Bragança corresponde a 52 Km.

Em relação ao IDH da região do Rio Caeté, os dados foram comparados com o levantamento feito pelo IBGE (2010), e verificou-se que o município de Bonito possui um IDH de 0,548; o município de Santa Luzia do Pará, IDH de 0,548; Ourém possui o IDH de 0,588; Capanema tem um IDH de 0,655, Tracuateua possui um IDH de 0,531 e Bragança o IDH corresponde a 0,600. Os dados coletados na pesquisa representaram um índice de 52% das respostas dos reguladores sobre o IDH entre 0,5 e 0,6. Essa resposta corresponde aos dados encontrados no levantamento feito pelo IBGE sobre o IDH.

Na sequência, se faz referência às características do serviço de saúde municipal, demonstrados na (Tabela 6).

Tabela 6 – Referente às características do Serviço de Saúde Municipal

Características	N	%
Tipo de gestão		
Básica Ampliada	20	48%
Plena do Sistema Municipal	22	52%
Número de serviços de saúde: Hospitais		
0	14	33%
1-3	23	55%
4-6	1	2%
Mais de 10	4	10%
Número de serviços de saúde: UBS		
0	6	14%
1-3	9	21%
4-6	4	10%
7-10	4	10%

Mais de 10	19	45%
Número de serviços de saúde: ESF		
0	1	2%
1-3	4	10%
4-6	6	14%
7-10	13	31%
Mais de 10	18	43%
Número de serviços de saúde: Laboratório		
0	1	2%
1-3	31	74%
4-6	3	7%
Mais de 10	7	17%
Número de serviços de saúde: Outros serviços especializados		
0	8	19%
1-3	13	31%
4-6	4	10%
7-10	6	14%
Mais de 10	11	26%
Oferta própria de especialidade médicas		
Sim	38	90%
Não	4	10%
Oferta própria de exames especializados		
Sim	33	79%
Não	9	21%

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Para caracterizar o tipo de gestão do serviço de saúde municipal os dados coletados depararam-se com dois tipos (Básica Ampliada e Plana do Sistema Municipal). Com maior índice de resposta dos reguladores (n=22) equivalente à de menor índice (n=20) 48%, é do Tipo Básico Ampliada.

Quanto ao número de serviços de saúde hospitalares os dados apontam o maior índice (n=23) 55% de 1 - 3, na sequência (n=14) 33%, foi demarcado como zero, ou seja, não possuem serviço de saúde hospitalar. Os dados coletados demonstraram que (n=4) 10% apresentam mais de 10 serviços de saúde, enquanto (n=1) 2% apresentam de 4 - 6 serviços de saúde hospitalares municipal.

Em relação ao número de serviços de saúde quanto à Unidade Básica de Saúde – UBS. O maior índice discorre sobre (n=19) 45% que representam na tabela 2, mais de 10 UBS. Sequencialmente, os reguladores (n=9), 21%, responderam que as UBS variam de 1 - 3. Nas

respostas dos reguladores (n=6), 14%, constataram-se a inexistência, ou seja, o município apresenta como zero número de UBS. Enquanto, (n=4) 10% dos reguladores apontaram o município possuir de 4 - 6. Desse mesmo modo, (n=4) 10% dos reguladores afirmam que o município possui de 7 - 10 UBS.

Quanto à composição do número de serviços de saúde, como Estratégia Saúde da Família – ESF, os reguladores (n=18), 43%, apontaram possuírem mais de 10 ESF. Seguido de (n=6) 14% referirem que os municípios possuem de 4 - 6 ESF. Enquanto, (n=4) 10% dos reguladores assinalaram possuir de 1 - 3 ESF no município e (n=1) 2% dos reguladores apontarem a ausência do serviço ESF que corresponde à zero ESF.

Ainda com relação ao número de serviços de saúde laboratorial nos municípios, os dados coletados descrevem (n=31) 74%, este o maior índice, possuindo de 1 - 3 laboratórios. Na sequência aparecem (n=7) que 17% dos reguladores assinalaram mais de 10 laboratórios no município. Sendo assim, (n=3) 7% dos reguladores destacaram que o município possui de 4-6 laboratórios e o menor índice (n=1) 2%, apontaram que o município não possui nenhum laboratório, conforme descrito na tabela 2 corresponde a zero.

Cabe destacar que em relação ao número de serviços de saúde relacionados a outros serviços especializados, os dados apontam, de acordo com as respostas dos reguladores, (n=13) 31% possuir de 1-3 serviços especializados. Em seguida, (n=11) 26% dos reguladores responderam que o município possui mais de 10 serviços especializados. No entanto, (n=8) 19% dos reguladores apontaram que o município não possui nenhum serviço especializado. Os reguladores (n=6), 14%, identificaram de 7-10 serviços especializados e 10% dos reguladores responderam que o município possui de 4-6 serviços especializados.

Para caracterizar a oferta própria de especialidades médicas, o maior índice dos reguladores (n=38), 90% responderam possuir tal serviço. Enquanto o menor índice de respostas obtidas dos reguladores (n=4), 10%, responderam não possuir oferta própria de especialidade médicas.

Em relação à oferta própria de exames especializados nos municípios, obteve-se como resposta dos reguladores (n=33), 79%, possuir a oferta, e com menor índice apresentado pelos reguladores (n=9), 21%, de não possuir oferta própria de exames especializados. Para melhor correlação das ofertas de especialidades médicas e exames disponíveis na região do rio Caeté, estão demonstrados na (Tabela 7) com suas especificidades de ocorrência.

Tabela 7 – Especificidades de ocorrências

Ocorrências	N	%
Questão 2.3		
Cardiologista	26	10,6%
Cirurgião geral	11	4,5%
Dermatologista	7	2,9%
Fonoaudiólogo	12	4,9%
Gastroenterologista	7	2,9%
Ginecologista	30	12,1%
Mastologista	5	2,0%
Neurologista	23	9,4%
Nutricionista	8	3,3%
Obstetra	7	2,9%
Oftalmologista	11	4,5%
Otorrinolaringologista	12	4,9%
Ortopedista	21	8,6%
Pediatra	27	11,0%
Psicólogo	12	4,9%
Psiquiatra	21	8,6%
Urologista	5	2,0%
Questão 2.4		
Biópsia de pele	4	4,1%
Colposcopia	2	2,0%
Ecocardiograma	2	2,0%
Eletrocardiograma	21	21,4%
Eletroencefalograma	9	9,2%
Endoscopia	5	5,1%
Fibronasofaringoscopia	3	3,1%
Mapeamento cerebral	3	3,1%
Radiografia	15	15,3%
Teste ergométrico	4	4,1%
Ultrassonografia	22	22,4%
Videolarincoscopia	8	8,2%

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Segundo Pará (2019), quando se analisa a rede saúde vinculada ao SUS, identifica-se 12,63% de rede Ambulatorial Especializada, 5,92% de rede Hospitalar, 8,05% da rede de Apoio Diagnóstico e 1,08% de Apoio Logístico. Sendo assim, a região do rio Caeté é composta de 99 Postos de Saúde, 110 Centros de Saúde/Unidade Básica, 15 Centros de Apoio Saúde da Família, 13 Polos Academias da Saúde, contando uma composição de 237 coberturas em estabelecimentos de saúde.

Retomando a tabela 2, nota-se que nos municípios, em relação à caracterização dos serviços de saúde, os dados comprovaram que o equivalente a 52% da gestão é do tipo Plena

do Sistema Municipal. Assim como, em relação ao número de serviços de saúde hospitalares, os dados apontam o maior índice (n=23) 55% de disponibilidade de 1-3 serviços; dar-se destaque que 33%, foi demarcado como zero, ou seja, não possuem no município serviço de saúde hospitalar. Quanto à Unidade Básica de Saúde – UBS. O maior índice discorre sobre (n=19) 45% que representam, na tabela 2, mais de 10 UBS.

Dando continuidade, quanto à composição do número de serviços de saúde como Estratégia Saúde da Família – ESF, os reguladores 43% apontaram possuírem mais de 10 ESF. De acordo com o número de serviços de saúde laboratorial nos municípios, os dados coletados descrevem que 74% dos reguladores apresentaram o maior índice, por possuírem de 1-3 laboratórios. Com relação ao número de serviços de saúde, relacionados a outros serviços especializados, os dados apontam que, de acordo com as respostas dos reguladores, 31% possuem de 1-3 outros serviços especializados. Para caracterizar a oferta própria de especialidades médicas, o maior índice dos reguladores 90% responderam que sim, possuem oferta de especialidades médicas nos municípios. Em suma, com relação à oferta própria de exames especializados nos municípios, obteve-se como resposta dos reguladores, 79% responderam sim e, com menor índice apresentado pelos reguladores, 21% de não possuir oferta própria de exames especializados.

Segundo Pará (2019, p. 16) destaca que por conta da heterogeneidade dos municípios da Região do rio Caeté, as ações e serviços de saúde se tornam um agravante em nível de atenção especializada, seja por “insuficiência de ofertas e demanda inadequada, ocasionando formação de longas filas de espera de demanda reprimida para especialidades específicas”. Estes dados comprovam a resposta dos reguladores em termos das especialidades em serviço de saúde.

Em relação à composição, a Rede de Atenção Primária tem como prevalência as Unidades Básicas de Saúde – UBS e Estratégia Saúde da Família (ESF). Desta forma, a literatura apresentou dados referente ao CONASS (2019) destacando que a região que abrange o rio Caeté foi uma região escolhida para implantação da PlanificaSUS, por abranger cerca de 500 mil habitantes com foco em dois pontos principais: a atenção primária e a atenção secundária, em vista de qualificar os profissionais que estão atuando na saúde com oficinas teóricas e oficinas tutoriais, monitoramento, avaliação e identificação de indicadores. De acordo com o levantamento feito, foi identificado que a cobertura da atenção Básica corresponde a 94,65% nesta região e, a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta um índice de cobertura de 96,65%.

Dados disponibilizados no Plano Estadual de Saúde do Pará, correspondentes ao período de 2020 – 2023, ao se referir sobre o serviço de saúde hospitalar, que correspondem a 5,92%, destacam que esse item é um grande desafio da gestão em saúde. No entanto, se pleiteia criar estratégias de acesso e resolutividade para os serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e mesmo com avanços da regionalização, o processo no atendimento continua fragmentado. Desta forma, a literatura aponta que a região do rio Caeté é uma região que possui média cobertura (PARÁ, 2019).

Neste cenário, vale notar que, a fragmentação no serviço de atendimento em saúde, foi constatada na pesquisa, onde o maior índice de respostas corresponde a 55% dos reguladores, e apontaram que a Região do Rio Caeté possui de 1 a 3 serviços de saúde hospitalares. No entanto, a literatura mostra, de acordo com o Relatório de Gestão de 2020 do Governo do Estado do Pará, uma execução orçamentária de recursos aplicados de 14,42% ou 15,1 milhões direcionado ao Hospital Regional Público do Caeté (RI Rio Caeté) (SESPA, 2020).

De acordo com os dados obtidos pelo CONASS (2019), destaca-se o PlanificaSUS, que tem o objetivo de planificar para mudar o cenário da região do rio Caeté com melhora no fluxo de atendimento para os usuários que recebem atendimento via SUS. Além de garantir melhor acesso às consultas especializadas, para que tenha foco no funcionamento da referência e contrarreferências, com base na classificação de risco. Verificou-se que na região foram disponibilizadas 16 unidades básicas de laboratório e uma unidade laboratório da Atenção Especializada Ambulatorial. Os dados apresentados na literatura diferem das informações obtidas no levantamento de dados da pesquisa colhida nas respostas dos reguladores.

Outro ponto que merece atenção, em destaque nos achados da literatura, tem por base a nota técnica elaborada por Cordeiro (2019) que sugere que na atenção à saúde da região do rio Caeté se deve aumentar a Estratégia da Saúde da Família (ESF) em todos os municípios que compõem a região. Foi destacado que, os gestores municipais precisam reorganizar a Rede de Atenção Primária em Saúde equivalente a 100% em todos os municípios que envolvem a Região do rio Caeté.

De acordo com o levantamento de dados da pesquisa, ficou constatado que 52% dos reguladores assinalaram que a gestão é do tipo Pleno do Sistema Municipal. Segundo Pará (2019), na gestão pública dos serviços de saúde, predomina a gestão plena municipal, o que corresponde 97,48% nos municípios.

No que se refere à atenção à saúde, em termos junto ao Estado do Pará, foi identificado na literatura a solicitação de reorganizar a rede regionalizada de atenção às urgências, de preferência dando prioridade para a inclusão de todos os componentes assistenciais. Segundo o autor dos achados, o estudo possibilitou conhecer o fluxo e funcionamento de cada componente da Rede descrita no Plano Estadual de Atenção às Urgências do Estado do Pará, 2016-2019, e enfatizou a existência do total desconhecimento “[...] do processo de Regulação de Acesso à Assistência da rede de Atenção à Urgência e Emergência operacionalizada pela 4ª CRS, na Região de Saúde Rio Caeté [...]”. (CORDEIRO, 2019, p. 5).

Na sequência, referem-se às características do Serviço de Regulação Municipal, os dados coletados estão demonstrados de acordo com a (Tabela 8).

Tabela 8– Referente às características do Serviço de Regulação Municipal

Características	N	%
Número de funcionários		
De 1 até 3	14	33%
De 4 até 6	11	26%
De 6 até 10	12	29%
De 10 até 14	5	12%
Informatização (nº de computadores)		
De 1 até 3	20	47,6%
De 4 até 6	12	28,6%
De 6 até 8	6	14,3%
De 8 até 10	4	9,5%
Espaço físico		
Compartilhado	23	55%
Próprio	19	45%
Número de salas		
De 1 até 2	25	59,5%
De 3 até 4	10	23,8%
De 5 até 6	4	9,5%
De 7 até 8	3	7,2%
Escolaridade		
Especialização	6	14%
Nível Médio	15	36%
Nível Superior	21	50%
Formação acadêmica		
Serviço Social	6	14,4%
Enfermagem	10	23,8%
Pedagogia	4	9,5%
Administração	4	9,5%
Outros	8	19,0%
Não possui formação técnica ou acadêmica	10	23,8%
Tempo de experiência profissional em regulação		
1 a 3 meses	2	4,8%

4 a 6 meses	5	11,8%
De 6 meses a < 1 ano	2	4,8%
De 1 a < 2 anos	7	16,7%
De 2 anos a < de 5 anos	26	61,9%
Rotatividade de profissionais		
Sim	28	67%
Não	14	33%
Forma de agendamento		
Aplicativo de celular	1	2%
Descentralizado para UBS	4	10%
Presencial	37	88%
Cota mensal de exames regionais		
Até 200	10	24%
Acima de 200 até 400	6	14%
Acima de 400 até 800	2	5%
Acima de 800 até 1500	6	14%
Acima de 1500	7	17%
Não sabe ou não soube responder	11	26%
Cota mensal de consultas especializadas regional		
Até 200	17	40,5%
Acima de 200 até 400	6	14,3%
Acima de 400 até 800	1	2,4%
Acima de 800 até 1500	0	0,0%
Acima de 1500	6	14,3%
Não sabe ou não soube responder	12	28,5%
Conhece a taxa de subutilização e absenteísmo do seu município?		
Sim	17	40%
Não	25	60%
Logística disponível pelo município para transporte de pacientes para tratamento fora do município		
Ambulância	5	11,9%
Carro próprio	17	40,5%
Transporte Sanitário Eletivo	6	14,3%
Ônibus / Microônibus	5	11,9%
Van	9	21,4%
Central de regulação recebe demanda judicial?		
Sim	25	60%
Não	16	38%
Não sabe responder	1	2%

**Grau de conhecimento
sobre fluxo, protocolo de
regulação e classificação de risco**

Baixo	3	7%
Médio	25	60%
Alto	14	33%

Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Com referência a caracterização dos serviços de Regulação Municipal, no qual incide sobre o número de funcionários, os dados coletados em respostas dos reguladores (n=14), 33% apontaram a existência de 1 até 3 funcionários prestando serviço de Regulação no município. O segundo maior índice de resposta dos reguladores, (n=12), 29% apontaram que o município possui de 6 até 10 funcionários. Na terceira sequência, os reguladores (n=11), 26%, destacaram a presença de 4 até 6 funcionários e por último, os reguladores (n=5), 12%, afirmaram que o município possui de 10 até 14 funcionários.

Quanto à informação da estrutura física do serviço de Regulação Municipal, no que se refere a informatização especificamente direcionado a saber do número de computadores, foi observado pelos reguladores (n=20), 47,6%, que em seu município destina-se de 1 até 3 computadores. Observou-se que reguladores (n=12), que correspondem a 28,6%, assinalaram que na Regulação municipal destina-se de 4 até 6 computadores para o serviço. Os reguladores (n=6), 14,3%, informaram que o serviço de regulação municipal conta de 6 até 8 computadores e (n=4) 9,5 % dos reguladores informaram que os serviços de Regulação possuem de 8 até 10 computadores.

Quanto ao item que se refere a caracterização do espaço físico dos serviços de Regulação, os dados dos reguladores (n=23), 55%, sinalizam com o maior índice de espaço físico compartilhado e somente (n=19) 45% dos reguladores atuam em espaço físico próprio.

Em relação ao número de salas do serviço de Regulação nos municípios, o maior índice das respostas dos reguladores (n=25). 59,5%, assinalaram possuir de 1 até 2 salas. Na sequência de respostas dos reguladores (n=10), 23,8% demarcaram que os serviços de Regulação em seu município são destinados de 3 até 4 salas. No entanto, os reguladores (n=4), 9,5% destes, em relação ao número de salas em seu município, referem ser reservados de 5 até 6 salas. Deve ser mencionado que, (n=3) 7,2% dos reguladores afirmam ser destinado de 7 a 8 salas para os serviços de Regulação no município.

Em relação à escolaridade dos reguladores, os dados coletados mostram que (n=21), 50% dos reguladores possuem ensino superior. Os reguladores (n=6), 14% possuem especialização e (n=15) 36% possuem o nível Médio.

Para informar os dados sobre a formação acadêmica dos reguladores, verificou-se que o maior índice de reguladores (n=10), 23,8% têm como formação a Enfermagem e do mesmo modo, foi identificado reguladores que (n=10), 23,8%, não possuem formação técnica ou acadêmica. Os dados apontaram, também, reguladores (n=8), 19,0%, com outro tipo de formação acadêmica, assim como, reguladores (n=6), 14,4%, têm formação acadêmica em Serviço Social, há (n=4) 9,5% de reguladores com formação em Pedagogia e (n=4) 9,5% de reguladores com formação acadêmica em administração.

Quanto ao item tempo de experiência em regulação, as respostas dos reguladores, (n=26) 61,9%, o que corresponde ao maior índice de respostas, possuem tempo de 2 anos a < de 5 anos. Na sequência, foram apontados reguladores (n=7), 16,7%, de 1 a < 2 anos de experiência, seguido dos reguladores (n=5), 11,8%, que correspondem a 4 a 6 meses de experiência em regulação. Foi observado reguladores (n=2), 4,8%, com 6 meses a < 1 ano de experiência e reguladores (n=2), 4,8%, com tempo de experiência profissional em regulamentação de 1 a 3 meses.

Em relação à rotatividade de profissionais em regulação, foi observado nas respostas dos reguladores (n=28), 67%, existir a rotatividade nos municípios, enquanto um número de reguladores (n=14), 33%, assinalaram não haver rotatividade de profissionais da regulação nos municípios.

Ao examinar o ponto quando a pesquisa se refere à forma de agendamento de consultas e exames nos serviços de saúde pública, as respostas dos reguladores (n=37), 88%, referiram que a forma utilizada com maior expressividade é a presencial. Os reguladores (n=4), 10%, destacaram a forma de agendamento ligado a descentralização da Unidade Básica de Saúde – UBS, e um número inexpressivo de regulador (n=1) assinalou a forma utilizada no agendamento por meio de aplicativo de celular.

Para averiguar sobre a cota mensal de exames regionais, foi identificado entre reguladores (n=11), 26%, o maior número de respostas que não sabe ou não soube responder a este item da pesquisa. Porém, o número de reguladores (n=10), 24%, afirmam que são destinadas até 200 cotas de exames mensais em sua região. Foi identificado entre reguladores (n=7), 17%, que as cotas destinadas a exames correspondem acima de 1500. Outros reguladores

(n=6), 14%, apontaram que as cotas de exames correspondem a acima de 800 até 1500 com o mesmo número de reguladores (n=6), 14%, referiram acima de 200 até 400 cotas mensais, e o menor índice de reguladores (n=2), 5%, registraram cotas mensais de exames regionais acima de 400 até 800.

Quando a pesquisa se refere a cota mensal de consultas especializadas regionais, o maior índice de respostas dos reguladores (n=17), 40,5%, destacaram cotas de até 200 consultas especializadas. Na sequência da pesquisa foi observado que o número de reguladores (n=12), 28,5%, não sabe ou não souberam responder esse item. A pesquisa apresentou respostas de reguladores (n=6), 14,3%, que referiram uma cota mensal acima de 1500, de igual modo, reguladores (n=6), 14,3%, responderam que a cota mensal corresponde acima de 200 até 400. Apenas (n=1) 2,4% dos reguladores assinalaram a cota acima de 400 até 800 de consultas especializadas mensal. Menciona-se que a alternativa acima de 800 até 1500 cotas mensais de consultas especializadas não foi escolhida como resposta, ficando com um índice de zero.

Na pesquisa levantou-se um questionamento referente se “conhecem a taxa de subutilização e absenteísmo do seu município” obteve-se como resposta dos reguladores (n=25), 60%, que desconhecem quando questionados e assinalaram a opção "não", como resposta. Enquanto, o número de reguladores (n=17), 40%, assinalaram sim, ou seja, conhecem a taxa de subutilização e absenteísmo do seu município.

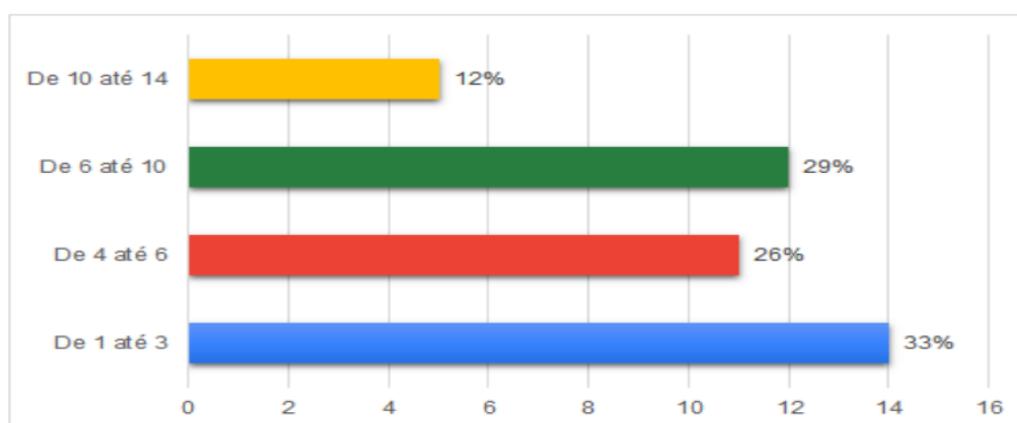
Um ponto importante dentro do contexto se refere à logística disponível pelo município para transporte de pacientes para tratamento fora do município. Os reguladores (n=17), 40,5%, identificaram que o seu município possui carro próprio para o deslocamento. O número de reguladores (n=9) correspondente a 21,4%, assinalaram que o deslocamento é feito por van. Outros reguladores (n=6), 14,3%, afirmaram que em seu município fazem o deslocamento por meio de transporte sanitário eletivo. A pesquisa apresentou as respostas de reguladores (n=5), 11,9%, que afirmam que o deslocamento é efetivado por meio de ônibus ou Microônibus e o mesmo índice de reguladores (n=5), 11,9%, responderam que o transporte de pacientes, para tratamento fora do município, é conduzido por meio de ambulância.

Destarte, outra questão colocada se refere sobre a “Central de Regulação recebe demanda judicial?”. Um número expressivo de reguladores (n=25), 60%, responderam a assertiva, sim. Por outro lado, um número de reguladores (n=16) correspondente a 38%, assinalaram, não. Enquanto, um número de regulador (n=1), 2%, não souberam responder a esse item questionado.

Uma vez analisada, a pesquisa sugere obter respostas para o grau de conhecimento sobre fluxo, protocolo de regulação e classificação de risco, sendo identificado nas respostas dos reguladores (n=25), que 60% possuem um grau médio de conhecimento. Obtiveram-se respostas de reguladores (n=14),33%, que demonstraram que o grau de conhecimento alto e que (n=3) 7% possuem um grau baixo de conhecimento sobre o item da pesquisa.

Na consolidação da (Tabela 8), a caracterização dos serviços de Regulação Municipal, a qual incide sobre o número de funcionários, os dados coletado nas respostas revelam que 33% dos reguladores apontaram a existência de 1 até 3 funcionários prestando serviço de Regulação no município, conforme (Figura 10).

Figura 10- Quanto ao número de funcionários



Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Em resposta à informação da estrutura física do serviço de Regulação Municipal, no que se refere à informatização especificamente direcionada a saber do número de computadores, observou-se que 47% dos reguladores responderam que em seu município destina-se de 1 até 3 computadores.

Verificou-se a escassez de literatura que aborde essa temática “Regulação Municipal, em específico a Região do Rio Caeté”. Logo, os itens que foram especificados, ou seja, os itens constituídos na tabela 5, indicam que a literatura aborda que todos os municípios que implantaram a Regulação devem se organizar para se ter acesso da Regulação dentro das Diretrizes de Atenção à Saúde, ainda se refere que nem todos os municípios contaram com o Complexo reguladores. No entanto, quando se refere à Atenção Básica esta deve ser resolutive, que as solicitações sejam padronizadas, instrumentalizadas por meio de protocolos, encaminhamentos e adequados à assistência. Se faz necessário frisar que as Centrais de Regulação são compostas de estruturas básicas. Desse modo, compreende-se que, “é possível

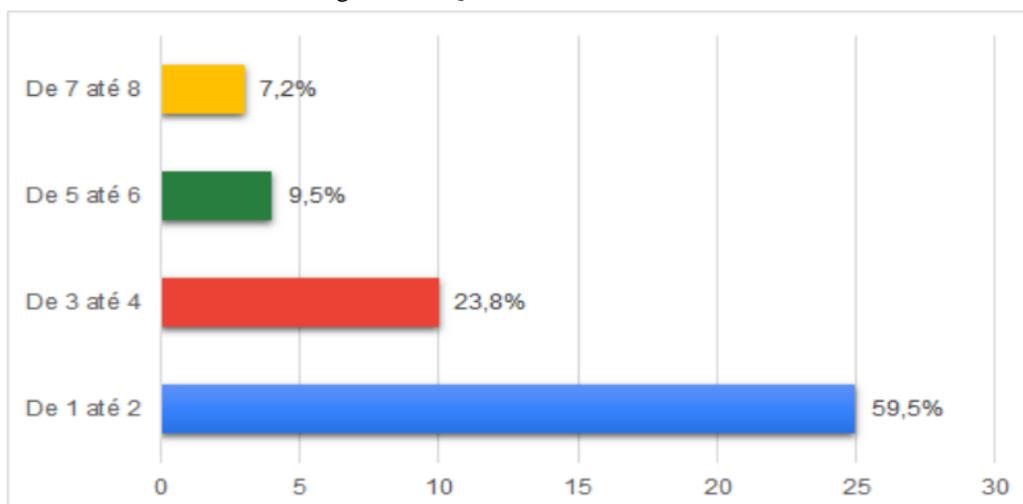
trabalhar com centrais de regulação específicas que atuem em um universo menor de procedimentos “(BRASIL, 2006, p. 15).

Destaca-se as considerações de Albuquerque et al., (2013) que enfatizam que, os resultados esperados com a introdução da regulação de saúde nos municípios podem ser verificados múltiplas dimensões, ressaltando que os recursos humanos e equipamentos incluindo sua distribuição poderiam a vir ser melhorada assim como as inquietações de acesso conforme as necessidades de saúde. No entanto, esse mesmo efeito é esperado diante dos prestadores de serviço, os objetivos do sistema e adequação do cuidado em todos os níveis do sistema de saúde.

A literatura aponta que a Regulação é inerente a qualquer sistema de saúde e se desenvolve em um cenário de disputa e interesses conflitantes. [...] o sistema de regulação concentra-se nas atividades de controle, avaliação financeira e contábil” (SANTOS; MERTHY, 2006 *apud* ALBUQUERQUE et al., 2013, p. 1).

Quanto ao item que se refere à caracterização do espaço físico dos serviços de Regulação, as respostas convergem com 55% dos reguladores sinalizando o espaço físico como compartilhado, onde possui de 1 até 2 salas do serviço de Regulação nos municípios. Conforme, (Figura 11).

Figura 11 – Quanto ao número de salas



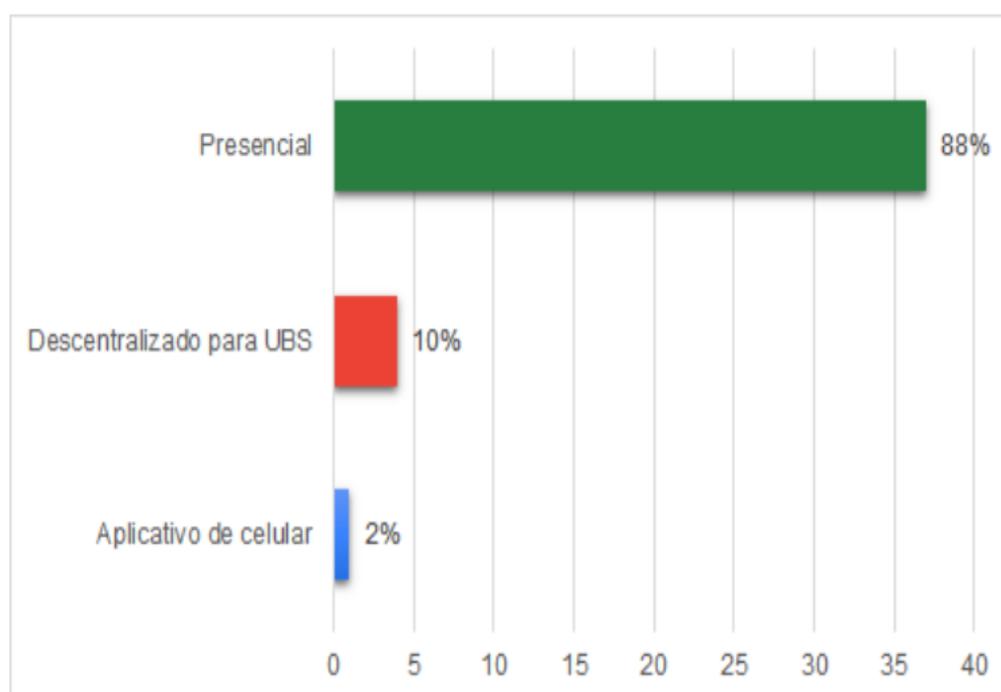
Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Ao observar as características do serviço de regulação do município, percebe-se um quadro de reguladores composto por 50% dos profissionais com ensino superior, assim como 23,8% têm como formação a Enfermagem. Foi identificado que os profissionais possuem o

tempo de experiência em regulação, que corresponde ao maior índice de respostas, de 2 anos a < de 5 anos. Contudo, os profissionais que atuam na regulação passam por rotatividade de profissional, identificado na resposta dos 67% dos reguladores.

A pesquisa também identificou a forma de agendamento de consultas e exames nos serviços de saúde pública, as respostas de 88% dos reguladores, conforme (Figura 12), referiram que a forma utilizada com maior expressividade é a presencial. Não se deve deixar de mencionar na averiguação sobre a cota mensal de exames regionais, onde foi identificado que 26% dos reguladores, ou seja, o maior número de respostas dadas por estes profissionais, não sabe ou não soube responder a este item da pesquisa.

Figura 12 – Forma de agendamento



Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

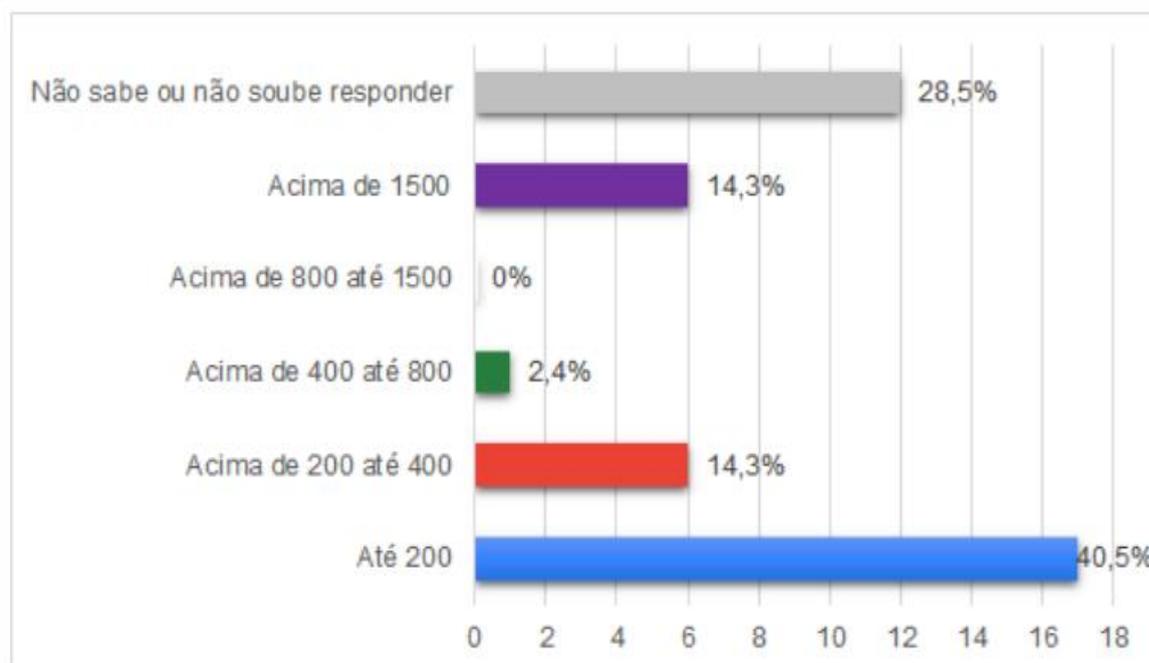
Ainda referente a (Figura 12), considera-se que, a capacidade dos serviços de saúde depende, da capacidade de uma gestão municipal, de investimentos municipais, da capacidade de governo e na governabilidade para que seja ampliado as possibilidades de acesso e gestão para satisfazer as necessidade dos serviços disponibilizados para a população, que neste caso refere-se à necessidade de agendamento de consultas e exames na rede pública. Os pesquisadores Albuquerque et al. (2013, p. 1) esclarecem ainda que “[...] ampliar a capacidade do município de influir na formação dos complexos regulatórios assistenciais compartilhados entre entes federados para garantir a continuidade de cuidados.”.

Quando a pesquisa se refere a cota mensal de consultas especializadas regionais, o maior índice, 40,5% de respostas dos reguladores destacaram cotas de até 200 consultas especializadas, de acordo com a (Figura 13).

Albuquerque et al (2013) pontuam que com o processo de regulação existe mudança no padrão uniforme de distribuição de procedimentos especializados, defende ainda que a distribuição de serviços de saúde tem que ser efetivada para todos proporcionalmente para o atendimento das mais diversas necessidades.

Brasil (2006) destaca que as Unidades Executivas, estabelecimentos públicos e privados, sob a concordância do gestor, ofertam sua capacidade física de atendimento, ou parte dela. Desta forma, a ação regulatória, corresponde a 4 processos básicos: o levantamento e distribuição de cotas e procedimentos realizados pelos estabelecimentos solicitantes (com agendamento de horário ou não), a busca e disponibilização de leitos, processo de autorização prévio e a ação regulatória feita pelo profissional competente.

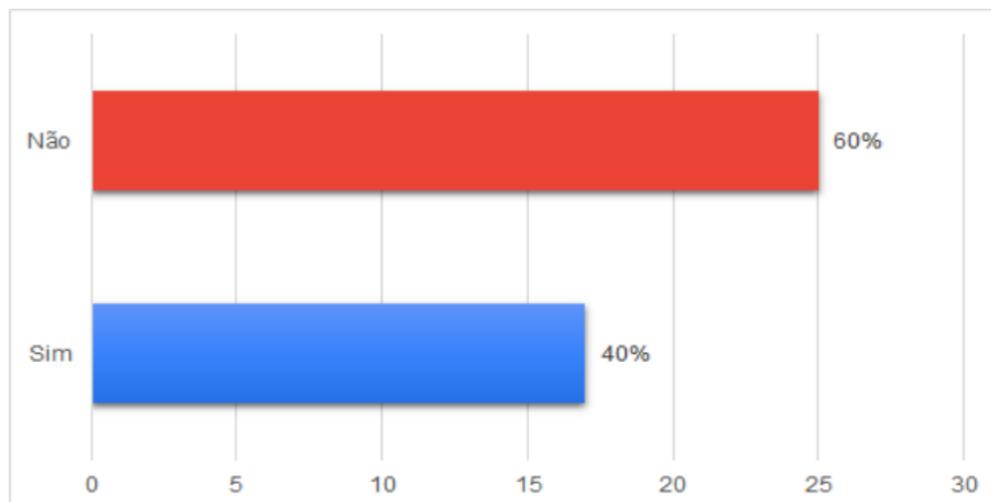
Figura 13- Cota mensal de consultas especializadas



Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Observa-se que ao ser levantado um questionamento referente se os reguladores “conhecem a taxa de subutilização e absenteísmo do seu município”, de acordo com a (Figura 14) se obteve como resposta que 60% dos reguladores apresentam o desconhecimento e assinalaram não, como resposta.

Figura 14 - Conhece a taxa de subutilização e absenteísmo do seu município



Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Ainda em relação a (Figura 14), Brownlee et al., (2017) descrevem que a subutilização dos serviços de saúde desnecessário ou desconhecimento, podem acarretar além de danos físicos e psicológicos aos usuários, e acaba prejudicando o sistema de saúde causando desperdício de recursos e desvios de investimentos em saúde pública e com gastos sociais que não foram quantificados e descritos.

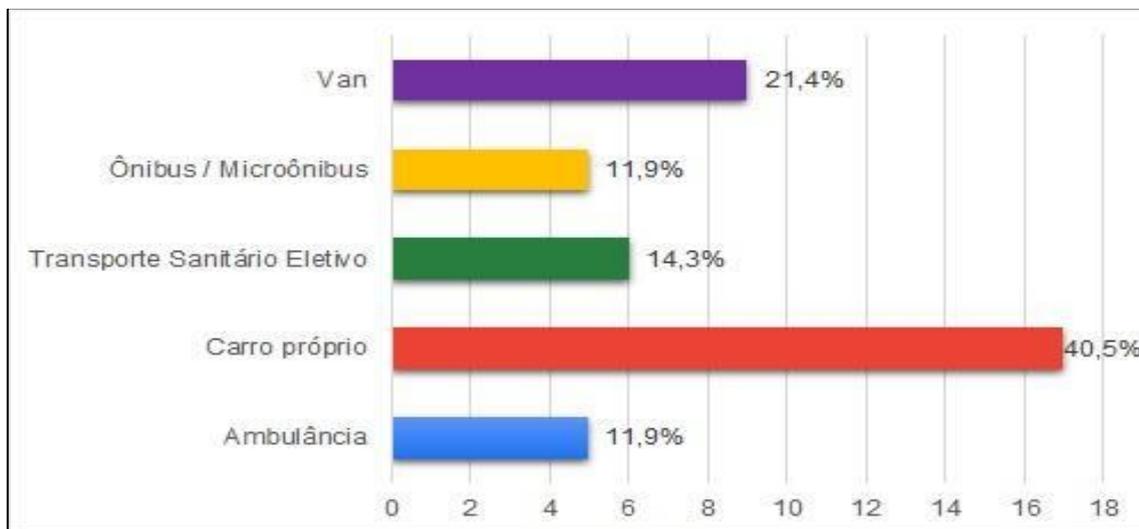
Ainda com relação a (Figura 14), Brasil (2006) reforça que os profissionais que atuam na regulação, têm por ação o desenvolvimento de atividades com base nos protocolos de Regulação. Os protocolos de regulação são instrumentos que permitem a ordenação dos fluxos de encaminhamentos, que dão viabilidade para a qualificação do acesso e atenção integral aos pacientes, entre todos os níveis de atenção. Portanto, sugere-se verificação desse desconhecimento por parte dos reguladores.

Desta forma, a estruturação dos complexos reguladores, exigem profissionais capacitados, responsáveis pela execução de ações específicas. Dar-se destaque segundo (BRASIL, 2006, p. 20) “os perfis profissionais devem atuar exclusivamente junto às estruturas de regulação”.

Quanto à logística do transporte de pacientes, para tratamento fora do município, (Figura 15) percebe-se que são conduzidos por diversos meios. As respostas de 40,5% dos reguladores apontaram o transporte em carro próprio; 21, 4% dos reguladores assinalaram que o deslocamento é feito por van, 14,3% dos reguladores responderam que os municípios fazem o deslocamento por meio de transporte sanitário eletivo, 11,9% dos reguladores responderam que o deslocamento é feito por meio de Ônibus e Microônibus e 11,9% dos reguladores

responderam que o transporte de pacientes para tratamento fora do município é conduzido por meio de ambulância.

Figura 15 - Logística para transporte de pacientes fora do município



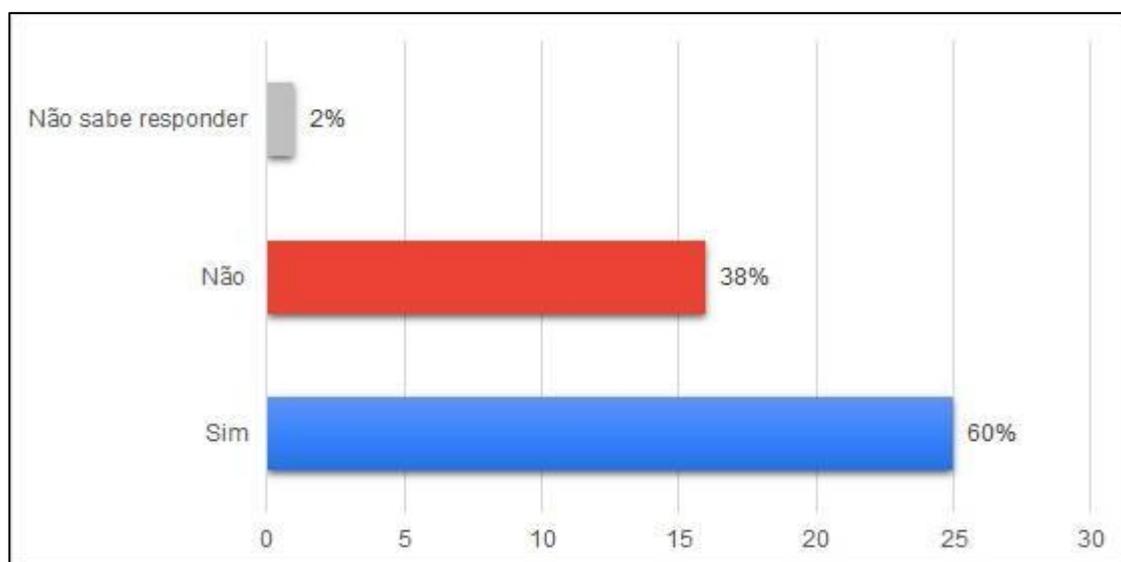
Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Dados levantados pela Almeida (2021) destacam que os hospitais e outras instituições de saúde precisam otimizar seus processos internos para reduzir custo operacional em logística hospitalar, quando possível. Enfatiza que hospitais nos EUA reduziram, no ano de 2020, 17,7%, tornando seu processo de logística hospitalar mais eficiente. Logo, a logística hospitalar refere-se ao transporte intra-hospitalar e o encaminhamento e programação que fazem os deslocamentos dos pacientes para as devidas unidades de atendimento em saúde. Desta forma, a logística hospitalar é um assunto de natureza complexa que envolve disponibilidades de recursos, gerenciamento de pacientes, gestão do fluxo de informações e redução de longo tempo de espera para o atendimento e nos casos críticos podem surgir como consequência perigosa em vista da demora para o deslocamento e principalmente quando a falha no planejamento e no processo logístico.

Nota-se ainda que, o Transporte Sanitário Eletivo é uma tecnologia em saúde destinada a pacientes que necessitam se locomover de um município para outro para realização de exames e ou consultas especializadas em caráter eletivo. De acordo com a Resolução nº 13 de 23 de fevereiro de 2017, parágrafo 1º, destina-se à população usuária que demanda serviços de saúde e que não apresenta risco de vida, necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento ou de transporte em decúbito horizontal. Essa tecnologia vem atender as reivindicações dos usuários que utilizam o Sistema Único de Saúde e não tinham condições financeiras para arcar com o deslocamento para tratamento fora de domicílio.

Outra questão colocada para os reguladores se refere a “Central de Regulação recebe demanda judicial?” De acordo com a (Figura 16) nota-se um número expressivo de 60% dos reguladores que responderam a assertiva com sim. Por outro lado, um número de 38% dos reguladores assinalou, não. Enquanto, um número de 2% de reguladores não soube responder ao item questionado.

Figura 16 - Central de regulação recebe demanda judicial?



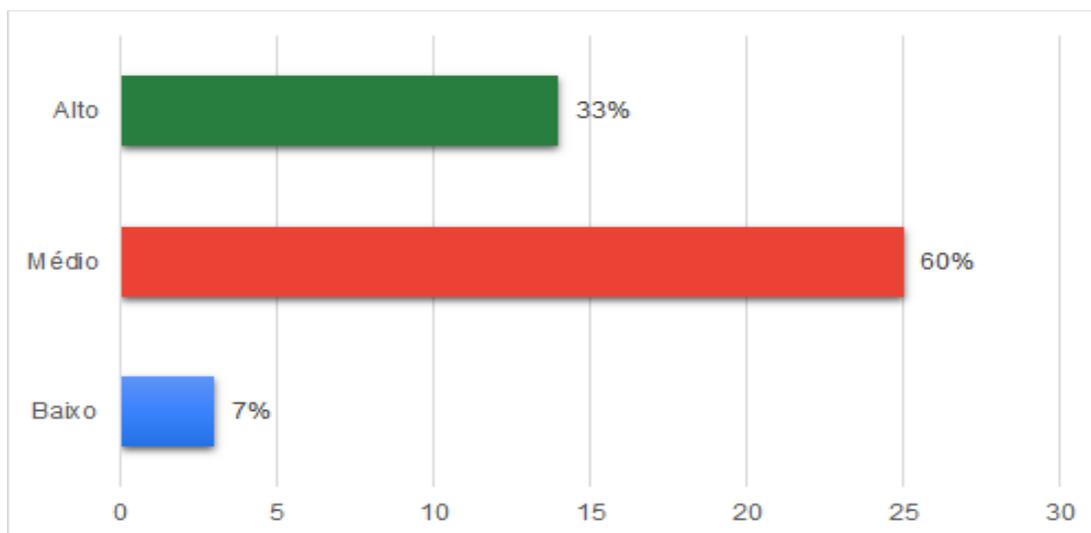
Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Observa-se, sobre o questionamento referente ao recebimento de demanda judicial, que o judiciário vem recebendo uma grande demanda de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) para a obtenção de acesso aos recursos necessários à recuperação da saúde, tais como medicamentos de alto custo ou inexistentes na grade oficial de dispensação padronizada pelos órgãos oficiais do governo, internação em leitos de alta complexidade e de alto custo (leitos de terapia intensiva e de especialidades como, por exemplo, a assistência oncológica) e para a demanda por assistência médica empregada, para a realização de consultas ambulatoriais e de procedimentos diagnósticos e terapêuticos (RAMOS et al. 2016).

Para complementar, em relação ao recebimento de demanda judicial, verificou-se que podem descaracterizar as bases teóricas e conceituais amplamente discutidas sobre o acesso ao sistema público de saúde brasileiro. Concluiu-se que, mesmo que o acesso à saúde tenha caráter universal no país constando como garantia constitucional, nem sempre contempla as coberturas exigentes de algumas situações em saúde. Logo, os usuários utilizam o judiciário para garantir o direito sanitário e a garantia de acesso aos serviços. (RAMOS et al. 2016).

A pesquisa sugeriu obter respostas para o grau de conhecimento sobre fluxo, protocolo de regulação e classificação de riscos (Figura 17), foi identificado nas respostas que 60% dos reguladores possuem um grau médio de conhecimento, já que, 33 % dos reguladores, têm um grau de conhecimento alto e foi identificado que 7% dos reguladores possuem um grau baixo de conhecimento sobre o item da pesquisa.

Figura 17 - Grau de conhecimento sobre fluxo, protocolo de regulação e classificação de risco



Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Na prática, a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, levando em conta a classificação de risco e o cumprimento de protocolos de regulação. A ação regulatória deve estar fundamentada em Protocolos de Regulação que compreendem: Os protocolos de fluxos de encaminhamento, que são instrumentos ordenadores e que qualificam o acesso viabilizando a assistência integral ao usuário, entre os diversos níveis de complexidade da atenção estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada (BRASIL, 2006).

Para que isso não aconteça, é fundamental investir no que dá vida às centrais de regulação: os trabalhadores de saúde. De acordo com as diretrizes para implantação de complexos reguladores, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, essa estrutura exige um conjunto de profissionais capacitados, que serão responsáveis pela execução de ações específicas, desde a coordenação da estrutura, passando pela análise dos casos e chegando ao atendimento das demandas e às funções ligadas à alimentação do banco de dados (FIOCRUZ, 2021).

Partimos para a análise das questões de múltipla escolha que estão estruturadas na (Tabela 9).

Tabela 9 – Referente às questões de múltipla escolha (3.13, 3.17, 3.18 e 3.19).

Ocorrências	N	%
Questão 3.13		
Cardiologia	17	12,1%
Dermatologia	9	6,4%
Endocrinologia	17	12,1%
Ginecologia	20	14,3%
Neurologia	29	20,7%
Oftalmologia	8	5,7%
Ortopedia	17	12,1%
Pediatria	12	8,6%
Urologia	6	4,3%
Questão 3.17		
Aplicativo de celular	19	26%
Articulação em rede de atenção à saúde	1	1%
Demanda espontânea	1	1%
Reuniões	39	53%
Visita as ESF	14	19%
Questão 3.18		
Call center	3	2,2%
Contato com as ESFs	1	0,7%
Entrega dos boletos de autorizações	35	25,4%
Ligação telefônica para o usuário	41	29,7%
Mensagem por SMS e Whatsapp	23	16,7%
Via ACS	35	25,4%
Questão 3.19		
Agendas e cotas	18	15,9%
Comunicação (internet, sistema de regulação e telefonia)	12	10,7%
Demanda reprimida de consultas e exames	38	33,0%
Demanda judicial	9	8,1%
Senhas de acesso	8	7,2%
Transporte de usuário	15	13,5%
Treinamento operacional do sistema regulação	13	11,6%

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2022)

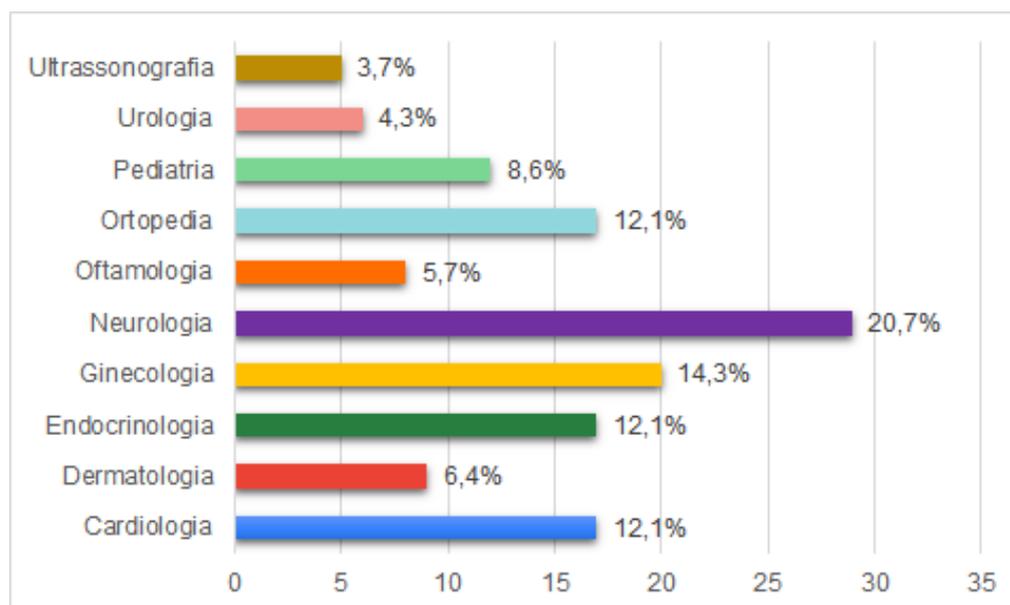
A (Tabela 9), foi construída com a função de mostrar quais as especialidades que estão com a demanda reprimida na região Rio Caetés, e quais as estratégias que os reguladores utilizam no enfrentamento às perdas, assim como, conhecer as principais demandas que levam aos gestores e à Regional de Saúde. Como foram elaboradas perguntas de múltipla escolha, os reguladores podiam optar por várias alternativas para que se justifique a perda que se tem nos procedimentos das consultas.

Diante deste contexto, a questão 3.13, referente às demandas reprimidas de maior evidência e relevância no município? Fazem referência às especialidades encontradas na região.

A especialidade neurologia corresponde a 20,7% das respostas emitidas pelos reguladores (n=29). A segunda especialidade respondida pelos reguladores (n=20), que se encontra no município, refere-se à Ginecologia 14,3%. A especialidade Cardiologia, endocrinologia e ortopedia possuem o mesmo índice de 12,1% cada, respondida pelos reguladores (n=17). Na sequência a especialidade Dermatologia acompanha um índice de 6,4% das respostas dos reguladores (n=9). A especialidade Oftalmologia corresponde a 5,7% assinalada nas respostas dos reguladores (n=8). A especialidade Urologia tem um índice de 4,3% nas respostas dos reguladores (n=6). Estes dados são visualizados na (Figura 18) como as especialidades mais recorrentes.

Pará (2019) contextualiza que a rede assistencial ambulatorial especializada apresenta 12, 63% da cobertura total do Estado do Pará, a tendência é descomprimir a capital do Estado e atender os usuários que necessitam da utilização dos serviços de saúde mais próximos da sua residência. Sendo assim, a maior cobertura está concentrada na macrorregião I do Estado o que corresponde a 29,91% e na região Rio Caetés ou macrorregião II, que representa a menor cobertura 19,91%. Esses dados comprovam a demanda reprimida da região do Rio Caeté.

Figura 18 – Especialidades mais recorrente

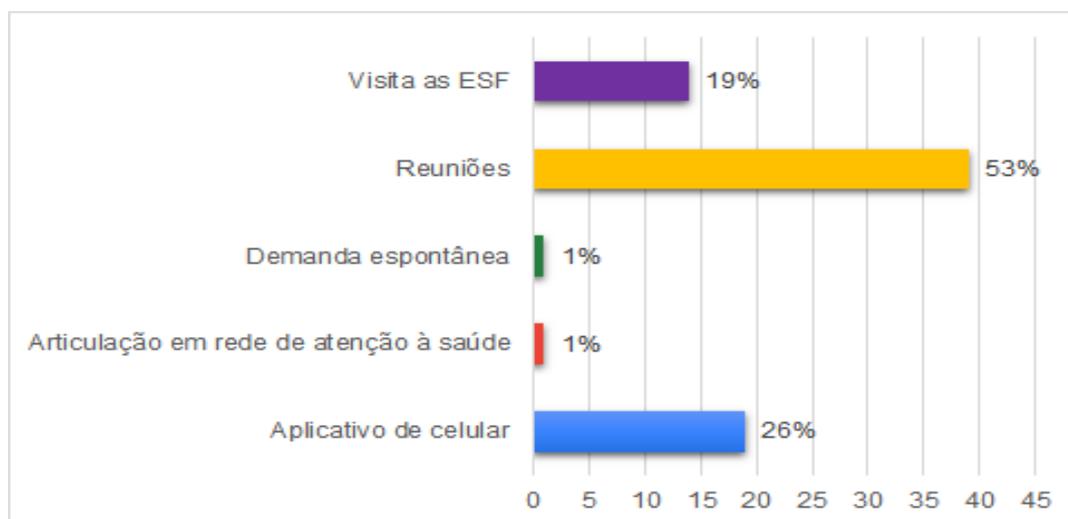


Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Em relação à questão 3.17 que faz referência entre a Central de Regulação e a Atenção primária, na finalidade de garantir acesso a exames e consultas especializadas? (Figura 19). Os reguladores (n=39), que corresponde a 53%, sinalizaram que o acesso é garantido por meio de reuniões. Na sequência, percebe-se que 26% dos reguladores (n=19) apontaram a relação com

aplicativo de celular. Enquanto, o número de reguladores (n=14), mostra que para 19% as relações são estabelecidas por meio da Visita às ESF. Os dados coletados em respostas dos reguladores (n=1), 1% relaciona a articulação em rede de atenção à saúde, e por fim, os reguladores (n=1) 1% faz referência pela demanda espontânea.

Figura 19–Item 3.17 referência entre a Central de Regulação e a Atenção primária, na finalidade de garantir acesso a exames e consultas especializadas?



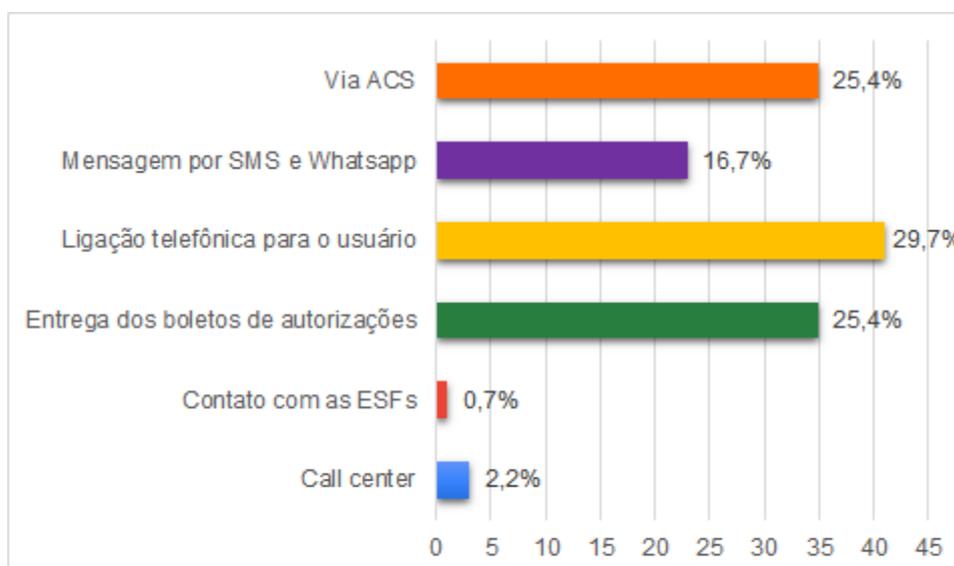
Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Na atualidade a literatura aponta que, a regulação do acesso, no intuito de reverter essas dificuldades da coordenação do cuidado mostra-se necessário o fortalecimento da Política de Atenção Básica na consolidação da RAS e da regulação em saúde, pois seu papel de organização do fluxo dos procedimentos se torna processo decisório de saúde. A regulação do acesso é garantida pelo Complexo Regulador como estratégia de gestão do SUS formado por centrais de regulação, que operacionalizam a regulação do acesso em conjunto com as estratégias de regulação descentralizadas nas unidades de saúde da atenção básica, promovendo a intervenção do gestor como representantes dos usuários, criando normas, fluxos, processos e/ou regras que definem como, onde e quando se dará essa relação buscando aperfeiçoar os recursos públicos disponibilizados para população (BASTOS et al, 2020).

Com relação à questão 3.18, Quais as estratégias são utilizadas para reduzir a subutilização e o absenteísmo de consultas e exames da central de regulação? Diante deste questionamento, os reguladores (n= 41), 29,7%, responderam que utilizam como estratégia ligação telefônica para o usuário. Outra estratégia apontada pelos reguladores (n=35), 25,4%, está relacionada à utilização de entrega de boletos de autorização. Assim, com o mesmo índice do número de resposta dos reguladores (n=35) revela que 25,4% utilizam como estratégia a via

ACS. Os reguladores (n=23), 16,7%, também sinalizaram como estratégia o envio de mensagem por SMS e Whatsapp. Foi apontado com um índice baixo de resposta dos reguladores (n=3) correspondente a 2,2%, que utilizam como estratégia Call Centers. Em suma, aparece com o menor índice de estratégias respondidas pelos reguladores (n=1), 0,7%, a utilização de contato com as ESFs. Estes dados estão dispostos na (Figura 20).

Figura 20 – Item 3.18, quais as estratégias são utilizadas para reduzir a subutilização e o absenteísmo de consultas e exames da central de regulação?



Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Brasil (2021) destaca que diversos fatores podem influenciar na ocorrência de faltas nas consultas e exames médicos, dentre elas cita a falta de responsabilidade social. Neste contexto, estratégias foram clarificadas para aumentar a memorização e o senso de importância com o comprometimento de comparecer às consultas conhecidas como “Nudges”, essa é uma intervenção simples e de baixo custo, transparente e ainda assim pode preservar a liberdade de escolha do usuário.

Brasil (2022) remete que o absenteísmo, em termos ambulatorial, é considerado um problema mundial especificamente pelo fato do não comparecimento do paciente nas consultas e procedimentos médicos. Além de afetar a continuidade da assistência e a resolutividade gerando aumento de filas e aumento da demanda para o atendimento de urgências. Diante do exposto, se faz necessárias estratégias como reforço de melhorar a comunicação para se evitar o esquecimento dos agendamentos o que reduziria gastos de recursos e assim, evita-se reagendamento.

Destaca-se como estratégias de melhoria para reduzir a subutilização e o absenteísmo de consultas e exames da central de regulação, segundo Brasil (2022, p.1):

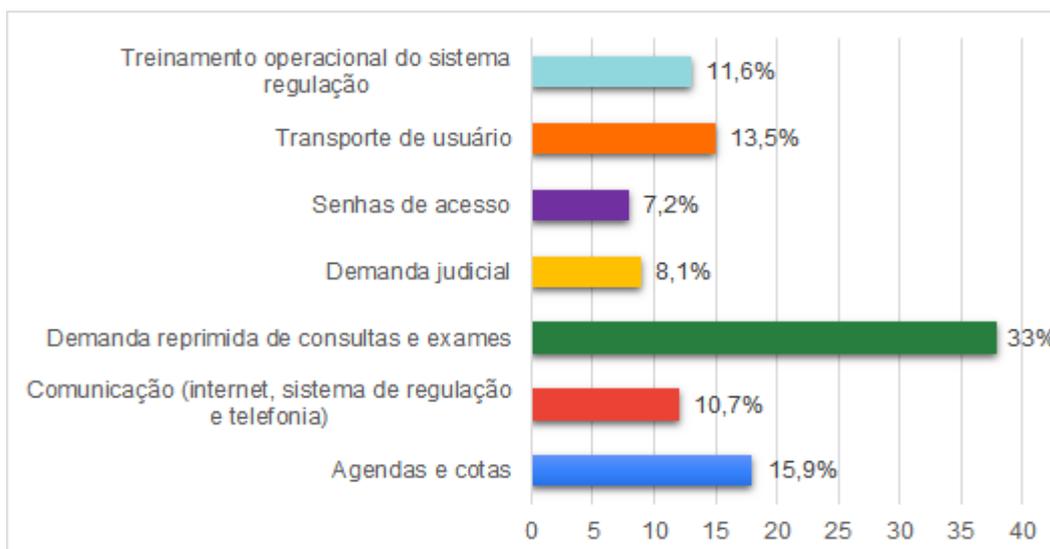
- ☐ Melhorar a comunicação com os usuários;
- ☐ Qualificar a fila de espera e promover o seu monitoramento;
- ☐ Melhorar o acesso dos usuários, mediante a utilização de protocolos de regulação;
- ☐ Definição/reestruturação de fluxos e protocolos, com qualificação da referência e contrarreferência;
- ☐ Ampliação da oferta de consultas/exames, bem como monitoramento dos indicadores e reprogramação permanente de ofertas com base nas necessidades de saúde das regiões;
- ☐ Maior frequência de visitas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), visando o acompanhamento desse profissional antes e pós-consulta;
- ☐ Evitar agendamentos coincidentes em horários e datas; agendamento automático;
- ☐ Implementação do método Acesso Avançado para organização de agenda em unidades de saúde na Atenção Primária à Saúde que prega a máxima “Faça hoje o trabalho de hoje!”;
- ☐ Uso de Teles saúde para qualificar o atendimento;
- ☐ Adotar sistemas integrados à Atenção Primária e à Central de Regulação;
- ☐ Capacitação de equipes de saúde; e ☐ Educação em saúde.

Observa-se como estratégia para minimizar o absenteísmo, em termos da assistência à saúde, à informatização de dados para o controle, transparência, investimento público e como auxílio para o gestor como aplicativo disponibilizado pelo Ministério da Saúde, o Conecte SUS, que vem documentando/informatizando a trajetória do usuário na rede pública de saúde. Portanto este aplicativo, permite a consulta das vacinas aplicadas na rede pública e privada, além de apresentar uma lista de especialidades disponibilizadas para os usuários (BRASIL, 2021).

No item de perguntas múltiplas da questão 3.19 Quais as demandas/problemas levados da Central de Regulação à gestão municipal e complexo regional? Diante deste questionamento o maior índice de respostas dos reguladores (n= 38), 33,0%, deu-se para demanda reprimida de consultas e exames. Enquanto o menor índice de respostas dos reguladores (n=8),

correspondente a 7,2%, assinalou senhas de acesso. Nesse contexto, para uma melhor visão, os dados se encontram demonstrados na íntegra na (Figura 21).

Figura 21- Item 3.19, quais as demandas/problemas levados da Central de Regulação à gestão municipal e complexo regional?



Fonte: Elaborada pela autora, 2022.

Cavalcanti, Cruz e Padilha (2018) mencionam em sua pesquisa que a regulação assistencial apresenta escassez de mecanismos em oferta de serviços e demanda, contribuindo para uma inexpressiva eficácia no sistema de saúde.

Fiocruz (2021) menciona que o desafio da escassez, nos complexos de regulação do Brasil, tem como principal desafio assegurar que o cuidado ao usuário produzido pela atenção primária à saúde seja efetivado ao longo do trânsito do SUS, na promoção da integridade da intervenção.

6 ELABORAÇÃO DO PRODUTO

6.1 DESCRIÇÃO DO PRODUTO

O estudo resultou na construção de um Parecer Técnico – “ Implantação do “SCORE DE UTILIZAÇÃO” de cotas de consultas e exames especializados, como ferramenta de gerenciamento a partir do monitoramento das taxas das perdas primárias e secundárias para avaliação de desempenho das Centrais de Regulação Municipais da Região Rio Caetés, vinculada ao 4º Centro Regional de Saúde – CRS/SESPA” (APÊNDICE 6). Além disso, dados abordados para a definição metodológica do Score de utilização resultou na formulação de um e-book com as principais discussões deste trabalho (APÊNDICE 7).

6.2 DEFINIÇÃO METODOLÓGICA DO SCORE DE UTILIZAÇÃO

O Controle e Avaliação são processos inerentes à função de gestão, voltados para os aspectos quantitativos, qualitativos, físicos e financeiros das políticas de saúde. No que se refere às ações e serviços de Média e Alta Complexidade, são objetos de controle e avaliação pelo Ministério da Saúde, as políticas de financiamento, de concessão de incentivos, de habilitação e qualificação de serviços e regulação, utilizando, para tanto, os dados disponíveis nos Sistemas de Informação do SUS. (MS, 2021). Nesse sentido, fica evidente a necessidade da construção de um modelo de avaliação que realmente detecte as dificuldades e produza recomendações que possibilitem corrigir rumos e disseminar lições e aprendizagens visando à melhoria do desempenho das políticas (HUMPHREYS; McLELLAN, 2011).

A definição de uma metodologia para construção de um indicador ou parâmetro, é essencial para evitar distorções dos dados obtidos quando são coletados em momentos diferentes, e assim evita-se erros de análise quando feito nas mais diversas dimensões, por exemplo, no tempo quando comparamos um dado com outro em conjunturas diversas, que podem sofrer influência do tempo, das pessoas, dos serviços, do espaço geográfico, da política local, dentre outras.

Os indicadores de desempenho servem como uma métrica para avaliar o desempenho e a produtividade dos colaboradores. Quando uma empresa não utiliza os indicadores , ela pode ter dificuldade na hora de cobrar um resultado, pois não tem isso alinhado com a sua equipe (PEREIRA apud RUNRUN. IT Blog, 2021, p. 1)

Neste trabalho, o parâmetro ou escore de utilização será construído sobre duas premissas, para:

- 1) Avaliar a dimensão local através da avaliação de desempenho das Centrais de Regulação Municipais pertencentes à Região Rio Caeté e;
- 2) Contribuir com a gestão estratégica municipal e regional com a definição de ações importantes voltadas para melhoria do macroprocesso de regulação e do planejamento estratégico

Os objetivos da construção da metodologia de avaliação são:

- 8 Ter mais clareza quanto ao desempenho de serviços de saúde;
- 9 Ser um benchmarking para outros complexos reguladores regionais;
- 10 Permitir a avaliação comparativa do desempenho das centrais de regulação municipais subordinadas a uma central de regulação regional;
- 11 Corrigir nós críticos que contribuem negativamente para um resultado desejado, por exemplo, problemas com comunicação entre os serviços ou com o acesso do usuário;
- 12 Permitir a tomada de decisões estratégicas, por exemplo, redirecionamento do planejamento local, redistribuição de cotas baseada na categoria das CRs ajustes do processo de trabalho.
- 13 E permitir a definição de metas aceitáveis que funcionarão como elemento de pressão positiva para a melhoria dos processos de trabalho.

Convém salientar as relações que o tema “Regulação” tem com planejamento estratégico loco - regional. Como é sabido, o planejamento de uma Secretaria Municipal ou Estadual é feito por diversas etapas que culminam com a elaboração de documentos de planejamento, tais como plano de saúde, programação anual de saúde e relatórios de gestão, que por lei apresentam momentos pré-definidos para elaboração. O objetivo deste trabalho estratégico é a busca pelos resultados mais importantes que a sociedade local deseja e estes resultados se agrupam sob a gerência de diversos setores dentro dos órgãos públicos, e um deles gerencia a área da “regulação”.

Atualmente esse setor tem como missão de trabalho equilibrar a oferta e a demanda de serviços de média e alta complexidade, pois são estes que possuem grande participação dentro dos itens de insatisfação, que a sociedade apresenta perante os serviços de saúde. E a satisfação da sociedade é a finalidade da gestão pública.

Entendendo essas relações, é correto afirmar, que os resultados dos setores que gerenciam a área da regulação, possuem estreita relação com os resultados do planejamento

estratégico, ou seja, é muito interessante que as etapas do processo de regulação estejam coerentes com as etapas do planejamento estratégico e elaboração dos documentos de gestão.

Uma das condições impostas pelo processo de planejamento, as quais impactam diretamente na forma como é gerenciado o sistema de regulação municipal permite a continuidade da busca pelos resultados mesmo com a troca de gestores. Estamos falando sobre a dinâmica da manutenção do plano de saúde, ele impõe que o primeiro ano de gestão política pós-eleição é feito sobre a ótica do planejamento estratégico realizado pelo grupo político anterior. Isso cria uma condição interessante: a influência das variáveis de gestão sobre os resultados, e essa característica está prevista na metodologia deste trabalho.

Baseado nesse referencial, a metodologia aqui descrita, refere-se à construção de um Escore de Utilização, que é a definição de parâmetros ou indicadores para mensurar as taxas de absenteísmo e subutilização, visando a melhoria no desempenho das Centrais de Regulação Municipais.

➤ METODOLOGIA

O desenvolvimento da metodologia do escore de utilização foi realizado em seis passos:

1 = Definição dos períodos mais importantes

2 = Definição dos agrupamentos de dados

3 = Definição dos limites de valor e a amplitude para cada faixa de avaliação

4 = Definição das faixas de avaliação

5 = Pactuação da regulamentação necessária

6 = Pactuação das ações necessárias

Passo 1 - Definição dos períodos mais importantes

Para o passo 1, foram definidos dois períodos: o **período da série histórica e o período da validade**. Define-se primeiro o **período da série histórica**, o qual servirá para a construção das faixas de avaliação. Para tal, temos que considerar se estamos implantando a metodologia ou se já está em continuidade.

- Utilizamos a série histórica do primeiro ano da gestão local municipal até o momento atual. A quantidade de dados nesse primeiro momento de implantação é indiferente, ou seja, pode ser um ano, dois ou três anos de dados. A quantidade usada pelo elaborador vai depender da disponibilidade de dados ofertados pelo sistema de informação disponível. Caso já tenha iniciado uma gestão seguinte o período dessa gestão local que vai ser o último ano do planejamento estratégico, esse período não pode ser incluído porque ele já sob a influência das variáveis impostas pelo gestor do momento.
- Caso a metodologia já tenha sido implantada, o período de coleta de dados será apenas o último ano do plano de saúde local, que é o mesmo período, do primeiro ano da gestão local após a eleição. A intenção de usar apenas este um ano de avaliação, é evitar a influência de variáveis relacionadas ao gestor que acredita, ter grande impacto nos resultados obtidos nos anos anteriores e, que não tem mais tanta influência no gestor atual, mas o que este faz influencia diretamente nos resultados da sua gestão.

O segundo período é o **Período de Validade** do trabalho metodológico para fins de avaliação do sistema de regulação municipal no futuro. Propõe-se que a validade dos dados será até o fim da validade dos documentos de gestão, independente do gestor, se é o anterior ou do momento, ou seja, a vigência pode ser de poucos meses ou de quatro anos da gestão seguinte. Contudo, é importante que seja dentro de cada gestão, pois neste período, ocorrem a influência de variáveis importantes, como o processo eleitoral.

É possível que haja mudança da vigência da metodologia? Sim, contanto que haja uma pactuação entre os gestores, e uma nova construção de dados poderá ser construída para uma nova vigência. Isso é interessante caso os resultados obtidos após a implantação de medidas e gerenciamentos de estratégias forem tão exitosos que agora será necessário metas mais audaciosas para as equipes de saúde.

Passo 2: Definir os agrupamentos de dados.

No Passo 2, os dados serão agrupados por dois critérios: **por municípios** representando cada central de regulação e **por grupo de procedimentos de serviços** que no caso serão três: Consultas Especializadas, Exames de Imagem e Exames laboratoriais.

A escolha de agrupar por central de regulação é que este é o limite da governabilidade da Complexo Regulador Regional. E a escolha destes procedimentos, é devida cada uma deles, ter um contexto de variáveis que podem permitir a tomada de decisões que impactarão isoladamente em cada um. Visto assim, o uso desta metodologia pode ser aplicado quando uma

Secretaria de Estado desejar avaliar suas centrais regionais de regulação ou um grande município desejar avaliar a suas centrais de regulação distritais, ou quando um consórcio quiser avaliar as centrais municipais que integram seu domínio, ou não, a variação de unidade de saúde dentro da central de regulação municipal.

Obviamente que nada impede que outros agrupamentos sejam incluídos, se for anseio da equipe de análise e se os instrumentos de gestão permitirem, por exemplo, quando as centrais de regulação municipais tiverem necessidade de avaliar cada serviço de saúde isoladamente e, se os sistemas de informação tiverem a condição de ofertar os dados. Para tanto basta seguir a lógica desta metodologia.

Passo 3–Definir os limites de valor e a amplitude para cada faixa de avaliação

Para definir os limites de valor, primeiro tem-se que definir a fonte de informação dos dados. No caso será o sistema de informação SER (Sistema Estadual de Regulação) usado por todas as centrais de regulação regionais no Estado do Pará. E os dados emitidos através do Relatório de Utilização, o qual apresenta as informações da cota total por município, o total de agendamentos realizado e o total de agendamento efetivados. Estes relatórios podem ser coletados por município e por grupo de procedimentos de serviço.

Feito isso, pode-se levantar os dados de subutilização e de absenteísmo

As fórmulas para obtenção dos dados são as seguintes:

$$\% \text{ Subutilização} = \frac{\text{Cota total Municipal} - \text{Agendamentos Realizados}}{\text{Cota total Municipal}} \times 100$$

$$\% \text{ Absenteísmo} = \frac{\text{Agendamentos Realizados} - \text{Agendamentos Efetivados}}{\text{Agendamentos Realizados}} \times 100$$

Fonte: Parâmetros Assistenciais do SUS. Brasil, 2002.

A metodologia usada para este momento é a que se segue:

a) Para a definição dos limites originais das faixas de avaliação, definem-se primeiro os limites mínimos e máximos dos valores. Para tanto, levanta-se os dados por procedimentos por município, criando uma série histórica de X meses. O limite inferior será obtido, através do menor valor atingido, acima de zero, entre todos os municípios avaliados nesse período. O

limite superior seguirá a mesma lógica, sendo o maior valor obtido por qualquer município em qualquer mês avaliado. Os resultados obtidos estão descritos no (Quadro 10):

Quadro 10 – Resultados

Itens	Consultas Especializadas		Exames laboratoriais		Exames de Imagem	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Município						
Mês da informação						
Valor						

Fonte: elaborada pela autora (2022)

Não se usa valores médios porque com essa técnica se constrói resultados com valores centralizados dentro da faixa, e esse não é o objetivo, e sim conseguir o menor valor que caracterizará o limite inferior, e da mesma forma, o superior. E assim conhecer o desempenho durante um período.

b) Agora, se define a amplitude de cada faixa e, no caso, utiliza-se a seguinte fórmula:

$$\text{Valor Amplitude} = \frac{\text{Valor Superior} - \text{Valor inferior}}{3}$$

Considerando o quadro de dados sobre subutilização, os valores obtidos foram dispostos no (Quadro 11) que constam os seguintes resultados sobre absenteísmo em Consultas Especializadas, Exames Laboratoriais e Exames de Imagem:

Quadro 11 – Resultados da subutilização.

SUBUTILIZAÇÃO						
Itens	Consultas Especializadas		Exames laboratoriais		Exames de Imagem	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Limites						

Municípios	Augusto Correia	Ourém	São João de Pirabas	Viseu	Bragança	Ourém
Mês da informação	Abril	Julho	Março	Julho	Junho	Agosto
Valor (%)	11	100	2	98	11	93
Amplitude Sup. e Inf.	89		96		82	

Fonte: elaborado pela autora (2022)

Considerando o quadro anterior de dados, os valores obtidos foram dispostos no (Quadro 10) que constam os seguintes resultados sobre absentismo em Consultas Especializadas, Exames Laboratoriais e Exames de Imagem:

Quadro 12- Resultado do absentismo

ABSENTEÍSMO						
Itens	Consultas Especializadas		Exames laboratoriais		Exames de Imagem	
Limites	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Municípios	Quatipuru	Santarém Novo	Santa Luzia do Pará	São João de Pirabas	São João de Pirabas	Bonito
Mês da informação	Setembro	Agosto	Junho	Janeiro	Abril	Junho
Valor (%)	11	60	15	97	6	75
Amplitude Sup. e Inf.	49		82		69	

Fonte: elaborado pela autora (2022)

Passo 4 - Definir as faixas de avaliação

Neste estudo as seguintes faixas foram usadas: péssimo, ruim, regular, bom, ótimo. Para cada faixa usaremos a seguinte referência de valores:

- i) Ótimo: valor abaixo do limite inferior original.
- ii) Bom: entre o valor do limite inferior original e a soma do limite inferior original e o valor da amplitude.

- iii) Regular: entre o limite superior da faixa “bom” e o limite inferior original mais o dobro da amplitude.
- iv) Ruim: entre o limite superior da faixa “Regular” e o limite superior original.
- v) Péssimo: Acima do valor do limite superior.

Com as categorias elencadas, é possível dar um peso para cada uma delas, em ÓTIMO, BOM, REGULAR, RUIM e PÉSSIMO, assim como, identificá-las com a cor AZUL, VERDE, LARANJA, AMARELO E VERMELHO. Dessa forma podem-se metrificar qualitativamente as CENTRAIS DE REGULAÇÃO por completo e definir prioridades. Por exemplo, aquelas CR que estiverem com maior perda, com o peso PÉSSIMO e RUIM poderão ser tratadas antecipadamente, evitando maiores desperdícios de procedimentos. As de categoria REGULAR, com perda razoável serão tratadas em médio prazo e as que estiverem na categoria BOA e ÓTIMA, serão avaliadas somente anualmente, haja vista que seu escore de perda será o mínimo possível.

Os valores obtidos foram os seguintes para cada faixa,

SUBUTILIZAÇÃO

Faixas	Consultas Especializadas		Exames laboratoriais		Exames de Imagem	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Ótimo		11,00		2,00		11,00
Bom	11,00	40,67	2,00	34,00	11,00	38,33
Regular	40,67	70,33	34,00	66,00	38,33	65,67
Ruim	70,33	100,00	66,00	98,00	65,67	93,00
Péssimo	100,00		98,00		93,00	

Fonte: elaborada pela autora, 2022

ABSENTEÍSMO

Faixas	Consultas Especializadas		Exames laboratoriais		Exames de Imagem	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Ótimo		11,00		15,00		6,00
Bom	11,00	27,33	15,00	42,33	6,00	29,00
Regular	27,33	43,67	42,33	69,67	29,00	52,00
Ruim	43,67	60,00	69,67	97,00	52,00	75,00
Péssimo	60,00		97,00		75,00	

Fonte: elaborada pela autora, 2022

Observação Importante: Convém alertar que, em se tratando dos indicadores de subutilização e absenteísmo, quanto menor o valor nominal obtido, melhor será o desempenho do indicador, ou seja, quanto menor o valor, mais próximo de ótimo o desempenho será. Desta forma, o que faremos quando os dados coincidem com um valor limite entre duas faixas? A decisão deve ser tomada em consenso entre os gestores ou gerentes que estarão sob a avaliação dos dados. No caso optamos por premiar os entes avaliados quando eles conseguirem igualar o limite inferior, classificando-o para a faixa imediatamente mais favorável, e ao contrário, punir quando o ente avaliado obtiver o valor igual ao do limite superior, o qualificando para a faixa menos favorável.

Passo 5 - Pactuar a regulamentação necessárias

O Planejamento e a gestão estratégica regional são feitos através de diversos elementos já consolidados há muito tempo e ativo cotidianamente visando a melhoria da prestação de serviços dentro de uma região. Isso já é consolidado no Sistema Único de Saúde há vários anos através de diversos elementos jurídicos tais como portarias e leis, entre outros. Um desses elementos, que é uma Instância de deliberação, é o Colegiado Intergestores Regional (CIR), composto por gestores da esfera estadual e municipal presentes dentro da região. Esta instância define ações que impactam no cotidiano de diversas áreas do sistema de saúde, tais como , a regulação, o planejamento, a atenção primária, entre outras áreas, e é materializado através da aprovação de ações e publicação destas, em forma de resoluções.

Nesse sentido, essa metodologia propõe que, por meio do Colegiado Intergestores Regional, sejam aprovadas resoluções divididas em duas estratégias. A primeira seria implantar uma estratégia de avaliação de longo prazo através da pactuação das metas baseadas nos indicadores de absenteísmo e de subutilização obtidos com a construção dos dados que obtivemos até nesse momento, com base na metodologia que estamos usando.

Essa primeira resolução conteria a metodologia e as informações usadas para a construção dos dados, as faixas de avaliação por grupo avaliado e seus limites. Quanto a metodologia, a resolução conterà também a vigência dessa metodologia que vai ser em regra o último mês da gestão política local e, conterà os meses de divulgação das avaliações quadrimestrais que subsidiarão o planejamento local. Nesse caso os meses serão maio, setembro e janeiro porque esses meses são usados para avaliação dos relatórios quadrimestrais de saúde e é o momento de replanejamento de ações para o quadrimestre seguinte em cada município.

Passo 6 - Pactuar as ações necessárias

Ainda contido nas ações que necessitam de regulamentação. A segunda estratégia é baseada na aprovação de resoluções que visam a implantação de medidas estratégicas de **curto, médio e longo prazo** que passam a compor as programações de saúde e o cotidiano imediato dos serviços de saúde, algo mais específico com ações mais contundentes. Como é característica destas ações serem algo mais pontual, e feito com base em avaliações mais detalhadas sobre possíveis ações, o debate coletivo é importante. Assim sugerimos que outro tipo de elemento de planejamento e gestão seja utilizado dentro do Colegiado Intergestores Regional, que são as Câmaras Técnicas.

As câmaras técnicas são formadas por técnicos que representam cada município e são ligados à área de atuação coberta pela câmara. Nesse caso, ss sugerir que sejam vinculadas à área de regulação para que juntos possam debater e escolher as melhores propostas que serão colocadas para apreciação dos gestores, e se for o caso, aprovadas e publicadas em forma de resolução. Após a publicação as medidas estratégicas passam a vigorar dentro da região e, que podem ser de curto, médio ou longo prazo de acordo com as propostas construídas com as câmaras técnicas.

As possibilidades de ações podem ser as mais diversas, mas pode-se agrupar inclusive, em três grandes áreas: ações aplicadas ao usuário, aplicadas aos processos de trabalho e vinculadas ao conhecimento/aprendizagem. Para cada ação pode-se pactuar também medidas de avaliação de impacto, com indicadores específicos para cada ação, o que permitiria verificar

o poder de impacto dessas ações dentro do universo dos indicadores de subutilização e absenteísmo.

Nesse sentido e entendendo que a Coordenação Regional tem a missão de contribuir com o melhor gerenciamento dos municípios que compõem a região de saúde, propõe-se então a utilização de duas planilhas que vão organizar o planejamento feito, tanto pela Coordenação Regional naquilo que compete a ela, quanto pelos municípios no sentido de subsidiar as tarefas relacionadas ao planejamento da programação anual de saúde de cada um.

Serão usadas 2 planilhas:

- 1) A primeira planilha condensa os itens relacionados a cada ação e permite o acompanhamento de cada uma, assim como, a sua execução.
- 2) A segunda planilha apresenta a descrição dos indicadores que dão a métrica de avaliação para cada ação.

As planilhas são:

Planilha 1: PLANO OPERATIVO					
ITEM	AÇÕES	PRODUTOS	RESPONSÁVEIS	RECURSOS	PRAZO
1	A1	Prod1	Resp1	Rec1	Pr1
2	A2	Prod2	Resp2	Rec2	Pr2
3	A3	Prod3	Resp3	Rec3	Pr3
4	A4	Prod4	Resp4	Rec4	Pr4
6	A5	Prod5	Resp5	Rec5	Pr5
7	A6	Prod6	Resp6	Rec6	Pr6
8	A7	Prod7	Resp7	Rec7	Pr7
9	A8	Prod8	Resp8	Rec8	Pr8
10	A9	Prod9	Resp9	Rec9	Pr9

Planilha 2: MATRIZ DE INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO DO PLANO OPERATIVO							
ITEM	AÇÃO	DESCRIPTOR	FONTE	CÁLCULO	META	VALOR ALCANÇADO	DATA/PERÍODO DE AVALIAÇÃO
1	A1	DESCRIPTOR 1					
2	A2	DESCRIPTOR 2					

3	A3	DESCRITOR 3					
4	A4	DESCRITOR 4					
5	A5	DESCRITOR 5					
6	A6	DESCRITOR 6					
7	A7	DESCRITOR 7					

Convém esclarecer alguns pontos da metodologia no momento de elaboração dos indicadores do plano operativo:

- 2 A obtenção dos dados dos indicadores que vão avaliar cada ação proposta no plano operativo seguirá a mesma metodologia proposta para obtenção e qualificação dos dados dos indicadores de absentéismo e subutilização, inclusive a mesma tabela de cores.
- 3 É interessante que o complexo regulador e as centrais de regulação municipais, utilizem as mesmas planilhas de planeamento porque, de acordo com a vivência percebida, as centrais de regulação municipais têm pouca prática de planeamento e acompanhamento das suas ações e o uso promovido pelo CRR, aumentará a possibilidade de incorporação dessa prática dentro da rotina delas. Isso é essencial para a evolução positiva dos serviços e da metodologia de avaliação.
- 4 Convém ter cuidado quando se constrói os dados dos indicadores que subsidiam cada ação porque não será possível, a nosso ver, o uso do método para todos os tipos de indicadores, por exemplo, para indicadores absolutos. A métrica para obter os dados tem mais sentido com indicadores relativos como, os indicadores de absentéismo e subutilização.

Durante a construção do plano e da definição de indicadores, é necessário que haja coerência.

7 PLANO DE AÇÃO

Após a implementação das ações espera-se que haja mudança nas estratégias de mobilização e efetivação do acesso dos usuários do SUS, às consultas e exames, vislumbrando:

- ☒ Melhorar o desempenho das Centrais de Regulação, através do monitoramento e avaliação da utilização e da perda de consultas e exames por unidade do município;
- ☒ Ter uma visão global das Centrais de Regulação Municipais pelos seus próprios membros e pela coordenação regional de regulação;
- ☒ Visar uma articulação mais integrada entre as Redes de Atenção Primária x Regulação em Saúde (centrais municipais de regulação e as coordenações de atenção primária de saúde municipal);
- ☒ Proporcionar análise crítica dos indicadores, subsidiando a tomada de decisão;
- ☒ Utilizar esse instrumento como base para as demais regionais de saúde trabalharem com seus municípios,
- ☒ Construir um e-book referenciando a temática (APÊNDICE 6
- ☒ Elaborar um Parecer Técnico (APÊNDICE 7).

8 CONCLUSÃO

O desenvolvimento da política de regionalização do SUS, tem como indicador afirmativo o respeito aos princípios doutrinários do SUS, que se refere a universalidade, equidade e integralidade, potencializando o papel político da gestão regional, conforme preconizado pelo Decreto 7.508, Lei 12.466, de 2011 e a Lei Complementar 141 de 16 de janeiro de 2012.

Ao longo do percurso da política de descentralização de serviços de saúde, através da regionalização, novos desafios emergiram, um deles é o aumento das perdas por subutilização e absenteísmo de consultas e exames, as quais tem se tornado um problema a ser ultrapassado e enfrentado no dia-a-dia do serviço de regulação e motivo de estudos científicos de mestrado e doutorado em diversas literaturas nacionais e internacionais, assim como, pauta de vários debates sobre saúde, demonstrando a relevância e a pertinência deste tema.

Diante deste viés, como vencer este fenômeno universal, que vem contribuindo para o demérito do Sistema Único de Saúde? De que forma superar esse desperdício do dinheiro público? Desde 2008, uma Política Nacional de Regulação vem se destacando com o objetivo de assegurar o acesso da população aos vários níveis de atenção à saúde, em tempo hábil, e em unidades que tenham estrutura adequada frente a necessidade de saúde do usuário num dado momento. Para isso, foram criados complexos reguladores, compostos por uma ou mais estruturas denominadas centrais de regulação.

Contudo, observa-se que, a lógica de superação das “filas de madrugada nas portas dos serviços de saúde”, substituída pela garantia de consultas e exames com dia e hora marcados, foi um avanço no desenvolvimento de uma política humanizada e de acesso para os usuários.

Esta pesquisa veio contribuir com a análise das perdas no ano de 2021 por grupo de procedimentos, e identifica que a prevalência da subutilização dos serviços especializados está acima da média de vários estados e países, cientificados na literatura. A prevalência investigada em nosso estudo foi de 71,44% em consultas, 23,48% em exames de imagem e 82,1% em exames laboratoriais, como uma média geral 76,06%, comparados aos estudos do estado de São Paulo que apresenta como perda aceitável o parâmetro de 15%.

Uma estratégia que vale destacar é a avaliação contínua de monitoramento da utilização da oferta, para assim fazer o realinhamento e/ou redistribuição necessária, quando comprovados a subutilização. Quanto ao absenteísmo, a prevalência em consultas e exames de imagem foi de

26,00% e 56,85% respectivamente, sendo a média geral de 23,65%. Este ponto é palco de discussão entre gestores de saúde.

No que tange as estratégias para minimizar as perdas, é indispensável organizar a oferta de serviço à região, baseada nas demandas que partem dos espaços coletivos, os espaços de negociação, que é o Colegiado Intergestores Regional (CIR) e os conselhos de saúde, onde estão os legítimos representantes da política municipalista: os gestores, os trabalhadores e os usuários do SUS, discutindo pautas baseadas na necessidade real do usuário.

De fato, faz-se necessário pensar em critérios para tratar as perdas, dentre elas “ter um parâmetro aceitável”. Fundamentado na pesquisa dos autores, que diz: “a definição de parâmetro de absenteísmo, é essencial para o monitoramento por parte dos serviços e gestores¹¹, tanto na perspectiva do gerenciamento²³, quanto na organização e regulação do sistema²⁴. Com base nesse destaque, um dos objetivos deste estudo, foi descrever os parâmetros de uma metodologia para a criação de um “score de utilização” justificado nas taxas de absenteísmo e subutilização dos municípios da região Rio Caetés, como forma de avaliar o desempenho das Centrais de Regulação.

Na discussão dessa temática, se possibilitará, verificar o poder de impacto dessas ações dentro do universo dos indicadores de subutilização e absenteísmo e com elas, atuar na diminuição das perdas de procedimentos.

Sabe-se que este produto necessita de regulamentação, então um dos passos da metodologia está baseada na aprovação de resoluções que visam a implantação de medidas de médio curso e longo prazo que passam a compor as programações de saúde e o cotidiano imediato dos serviços de regulação.

Em geral, as possibilidades de ser algo mais pontual delimitam o efeito. E avaliações mais detalhadas sobre possíveis ações sejam necessárias e, para isto, os debates coletivos tornam-se importantes. Desse modo, sugere-se que outros tipos de planejamento e gestão, possam ser utilizados pelo Colegiado Intergestores Regionais, que são as Câmaras Técnicas.

Outro ponto destacado pela pesquisa, que pode impactar nas perdas, são as características da regulação municipal, que em média possuem de 1 até 3 funcionários, de 1 ou 2 salas, de 1 até 3 computadores para desempenhar seus trabalhos, não possuem espaço físico próprio, compartilhando com outros serviços. Ademais, 40,5% responderam que possuem carro próprio para transporte de pacientes para tratamento fora do município. Junto a isso, 60% das Centrais de Regulação recebem demanda judicial, 50% dos reguladores possuem ensino superior, sendo

23,8% deles como formação a Enfermagem, 61,9% possuem de 2 anos a < de 5 anos de tempo de experiência em regulação, 67%, afirma que existe a rotatividade entre os profissionais. Ao examinar a forma de agendamento de consultas e exames nos serviços de saúde pública, a resposta foi a seguinte: 88% utilizam a forma presencial. Ao serem avaliados sobre seu nível de conhecimento sobre cota mensal de exames regionais para seu município, 26% não souberam responder, assim como 28,5% não soube responder quanto a cota de consultas especializadas. Ao serem questionados sobre seu conhecimento sobre as taxas de subutilização e absenteísmo do seu município, 60% desconhecem essas taxas. Indagados sobre seu grau de conhecimento sobre fluxo, protocolo de regulação e classificação de risco, 60% dos reguladores possuem um grau médio de conhecimento.

Frente a essa realidade, sugere-se que a gestão se adeque às Diretrizes de Implantação dos Complexos Reguladores¹⁵, a fim de qualificar esse serviço, bem como investir em formação profissional através da política de educação permanente.

Por fim, a pesquisa aponta a necessidade de se aprofundar em outros aspectos de Regulação: o uso dos protocolos de regulação e classificação de risco, Judicialização na saúde frente à oferta de serviços na região, hoje escassos, mas que poderiam facilitar no desenvolvimento de política de saúde cada vez mais ampla e melhor para a população da Região Rio Caetés, essência de todo o percurso do nosso serviço em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 223- 36, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/dVCjNB57g6SMf9PyrNzqJdJ/?lang=pt>. Acesso em: 20 de ago. de 2022.
- ALMEIDA, Lucas. Logística hospitalar: gerenciamento estratégico de medicamentos e insumos de saúde. **NEXTO**, 2021. Disponível em: <https://nexxto.com/logistica-hospitalargerenciamento-estrategico-de-medicamentos-e-insumos-de-saude/>. Acesso em: 20 de ago. de 2022;
- ALEXANDRE, N. M. C. COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16. n. 7. p. 3061-3068, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>> . Acesso em 03 de agosto de 2022.
- BALDWIN, R. CAVE, M. **Understanding regulation: theory, strategy, and practice**. 2nd. ed. New York: **Oxford University**, 2002.
- BASTOS, L. B. R. et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>> Acesso em: 24 de agosto de 2022.
- BENEVIDES, J. L, et al. Development and validation of educational technology for venous ulcer care. **Ver. Esc. Enferm USP**. v. 50. n. 2. p. 306- 312, 2016. Disponível em: Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200018>. Acesso em 14 de jul. de 2022.
- BELTRAME, Sonia Maria. OLIVEIRA, Adauto Emmerich. SANTOS, Maria Angelica Borges dos. Absenteísmo de Usuários como fator de desperdícios: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde Debate**. v. 43. n. 123, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912303>. Acesso em: 22 de abr. de 2022.
- BITTAR, O. J. et al. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **BEPA. Boletim epidemiológico paulista**. v.13. n. 152. p. 19-32, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ses-34318>. Acesso em: 13 de ago. de 2022.
- BRITO, Jakeline Almeida, SARAIVA, Jocylene Santos, SILVA, Juliana Silva. Região de Integração do Rio Caeté: uma visão socioeconômica e histórico-cultural do município de Bragança-Pa. **Revista GeoAmazônia**., 2018. Disponível em: https://periodicos.ufpa.br/index.php/geoamazonia/article/download/12548/pdf_126. Acesso em 26 de ago. de 2022.
- BRASIL, NOB-SUS 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde–SUS. **Diário Oficial da União**: seção1, Brasília: DF, p.48,1996.
- _____, RESOLUÇÃO CIB-SUS/PA Nª 90/2013. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao->

interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos-cit/2013/agosto/4-e-oficio-e-reso. Acesso em: 18 de maio de 2021;

_____, RESOLUÇÃO CIB SUS;PA N° 140.2018. Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://coemspa.org.br/wp-content/uploads/files/documentos/241/res-140-de-09-de-agosto-de-2018-macrorregi-es-.pdf>. Acesso em 18 de maio de 2021.

_____, Sessão temática da instrumentalização das Equipes de gestores em saúde. O SUS e as políticas em saúde no Brasil, 2010. Disponível em: <https://www.cosemsrn.org.br/wpcontent/uploads/2015/10/maio.20101.pdf>. Acesso em: 28 de abr. de 2022.

_____, Como Reduzir o Absenteísmo em Consultas médicas? 2021. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/5221/1/Como%20reduzir%20o%20absenteismo%20em%20consultas%20médicas%20%281%29.pdf>. Acesso em: 30 de ago. de 2022;

_____, **Portaria n° 1101/GM** de 12 de junho de 2002. Parâmetros Assistenciais do SUS. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

_____, **Portaria MS/GM n° 373**, de 27 de fevereiro de 2002; Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/2002). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília: DF. p.61, 2002.

_____, **Portaria n° 1.559**, de 1° de agosto de 2008. Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, 2008. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 03 de jul.2022

_____, **Portaria n° 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF. p. 43, 2006.

_____, **Portaria n° 545**, de 20 de maio de 1993. Ministério da Saúde. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial da União** 2011.

_____, Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores 2ª edição Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Pactos pela Saúde 2006, v. 6. Brasília: DF, 2010

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BROWNLEE, S. et al. Evidências da subutilização de serviços de saúde em todo o mundo. PROQUALIS, **The Lancet**, 2017. Disponível em: DOI: 10.1016/S0140-6736(16)32585-5. Acesso em: 20 de ago. de 2022.

CAVALCANTI, R. P. et al. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistemas de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. **Revista Tempus, Actas de Saúde Coletiva**. v. 18. n. 2. p. 63-84, 2013.

Disponível em:

<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/1344/1146/2995>. Acesso em: 24 de ago. de 2022.

CALVALCANTI, Ronaldo Pereira. CRUZ, Denilson Ferreira da. PADILHA, Wilton Wilney Nascimento. **Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde**, 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/09/913906/3187292105-1-pb.pdf>. Acesso em: 20 de ago. de 2022.

CAMPOVILLE, J. M. H. Estudo sobre absenteísmo em ambulatórios médicos especializados no interior de São Paulo. Rev. Esc. Enferm USP. v.55, 2019 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0380>. Acesso em, 15 de set. de 2022.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **PlanificaSUS Pará começa pela Região do Caeté**, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/planificasus-para-comecapela-regiao-rio-caetes/>. Acesso em 19 de ago. de 2022.

CORDEIRO, Terezinha de Jesus Moraes. **Nota Técnica aos Gestores da Região de Saúde Rio Caeté**. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, 2019. Disponível em: <https://mestrado.santacasa.pa.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/NOTA-TECNI>. Acesso em: 18 de ago. de 2022.

CARDOSO, Marisser de Farias. **Absenteísmo dos usuários no sistema único de saúde: revisão bibliográfica**, 2019.

COSEMS, Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. Regionalização é o caminho: reflexões, diálogos e narrativas sobre as regiões de saúde no estado de São Paulo. São Paulo: Pyxis editorial, 2015. (série Caderno Cosems/SP) v. 4, 2018 Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2017/11/Cad-IVRegionalizacao.p>. Acesso em: 13 de ago. de 2022.

COSTA, Francisco Emerson Vale. SOMBRA, Daniel. Bacia Hidrográfica do Rio Caeté (Pará/Brasil): cobertura e usos da terra e principais problemas ambientais. **Revista ResearchGate**, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/350327285_Bacia_Hidrografica_do_Rio_Caete_Par_aBrasil_cobertura_e_usos_da_terra_e. Acesso em: 26 de ago. de 2022.

DIAS, Filipe Gomes. CIRILO, Brenda Batista. Diagnóstico da Fragilidade Ambiental da Bacia do Rio Caeté/Pa como Subsídio ao planejamento Ambiental. **Revista eletrônica do Curso de Geografia - Geoambiente-online**, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/geoambiente/article/view/51294/26963>. Acesso em: 18 de ago. de 2022.

FAPESPA, **Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas**. Radar de Indicadores da Região de Integração 2020. 2020. Disponível em: <https://www.fapespa.pa.gov.br/sistemas/radar2020/tabelas/9-rio-caete/tabela-41-pib-total-rs1.000-pop-pib-per-capita-rs-1-00-e-razao-entre-pib-per-capita-do-municipio-e-do-estado2017-ri-rio-caete.htm>. Acesso em: 18 de ago. de 2022.

FARIAS, S. F. et al. A regulação no setor público de saúde: um processo em construção. *In*: Roberta Gondim, Victor Grabois e Walter Mendes. (org.). *Qualificação de gestores do SUS*. 2ª ed. Rio de Janeiro: **EAD/Ensp**. v.1. p.399-413, 2011.

FELICIELLO, D.; VILALBA, J. P. *Regulação em Saúde no SUS*. Campinas, SP/Unicamp/NEPP/AGEMCAP, 2016.

FENILI, R. et al. **Avaliação da confirmação de agendamento prévio, como ferramenta de gestão para redução das taxas de absenteísmo**. [Anais]. 1º Congresso Internacional de Desempenho do Setor Público, Florianópolis, Brasil, 2017. Disponível em: <http://cidesp.com.br/index.php/Icidesp/1cidesp/paper/view/198/113>. Acesso em 14 de jul. de 2022.

FIOCRUZ, **Centrais de Regulação**. Escola Politécnica de saúde Joaquim Venâncio. 2021. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalístico/centrais-deregulacao>. Acesso em: 2 de set. de 2022.

GALDINO, Y. L. S. **Construção e validação de cartilha educativa para o autocuidado com os pés de pessoas com diabetes**. 2014. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

GLASZIOU, P. et al. Evidências da subutilização de serviços de saúde em todo o mundo. **PROQUALIS**, 2017. Disponível em: DOI:[10.1016/S0140-6736\(16\)30946-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30946-1). Acesso em: 28 de abr. de 2022.

HUMPHREYS, K. M. CLELLAN, A. T. A policy-orientated review of strategies for improving the outcomes of services for substance use disorder patients. **Addiction**. 2011 Dec;106(12):2058-66. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03464.x.Epub2011Jun1.PMID: 21631620.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IDH do Estado do Pará**, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/braganca/pesquisa/37/0>. Acesso em 18 de ago. de 2022.

JANDREY, C. M. DREHMER, T. M. Absenteísmo no atendimento clínico-odontológico: o caso do Módulo de Serviço Comunitário (MSC) do Centro de Pesquisas em Odontologia Social (CPOS) - UFRGS. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*. v. 40 n. 2 .p:24-8, 2000. Disponível: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23787/000269159.pdf?sequence=1&isAllowed=y.hgvc>

LACERDA, M. R; RIBEIRO, R. P; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**: v. 2. Porto Alegre: Moriá, 2018.

LIMA Aline Maria Meiguins et al., *Avaliação Ambiental da Bacia do Rio Caeté na Costa Atlântica do Estado do Pará*. XIX Simpósio Brasileiro de Recursos Hídricos, 2018.

Disponível em: https://abrh.s3.sa-east-1.amazonaws.com/Sumarios/81/11258d83f3c6e720405387d3107c462e_d58d1011a7f97ed3536c3ab0da06e6f6.pdf. Acesso em: 26 de ago. de 2022.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde–CONASS, 2015.

- _____, E. V. **Os modelos de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Mimeo, 2007.
- _____, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINAYO, M. C. Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. *In:*(org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis:Vozes,2001.
- NASCIMENTO, A.A.M. *etal.* Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2. p. 346-352, 2009.
- NEVES, W.V. **Gestão hospitalar: programa brasileiro de acreditação e sistemas de indicadores**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil, 2004.
- NIETSCHE E.A. As Tecnologias Assistenciais, Educacionais e Gerenciais produzidas pelos Docentes dos Cursos de Enfermagem das Instituições de Ensino Superior de Santa Maria-RS. *In:* Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Relatório Final. Santa Maria: RS: **UFSM/CNPq**; 2003.
- OLESKOVICZ, M. et al. Técnica de overbooking no atendimento público ambulatorial em uma unidade do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 30. n. 5, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00158612>. Acesso em: 25 de ago. de 2022.
- OLIVEIRA, R. R. ELIAS, P. E. M. Conceitos de Regulação em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 46. n. 3. p. 571-576. São Paulo: SP, 2012.
- PARÁ, Governo do Estado do Pará. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**, 2019. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/download/plano-estadual-de-saude-2020-2023/>. Acesso em 10 de ago. de 2022.
- PEITER, C. C. et al. Healthcare regulation and equity promotion: The National Regulation System and the health access in a large municipality. **Saúde em Debate**, v.40. n. 111. p.63-73, 2016.
- PEREIRA, Mateus. Indicadores de desempenho: veja como planejar suas metas de negócio. Runrun.it. Minas Gerais, junho de 2020. Disponível em: <https://blog.runrun.it/indicadores-de-desempenho>. Acesso em 12 de setembro de 2022.
- PRODANOV, Cleber Cristiano. **Metodologia do Trabalho Científico** [recurso eletrônico]. métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- RAMOS, Raquel de Souza et al., O acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde na perspectiva da judicialização. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/y3DGz745rw8HbWnHfGNcgWG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 de ago. de 2022.
- ROCHA, E.P.; OLIVEIRA, A.P.P.; ESTEVES, A.V. F. Validação das tecnologias na área de Enfermagem: uma revisão integrativa. **Scientia Amazonia**, v. 4, n. 3. p. 41-47, 2015.

RODRIGUES, G. R. et al. Impacto das mensagens de texto para redução do absenteísmo às consultas especializadas: um estudo aleatorizado. **Revista cubana de información en ciencias de la salud**. v. 31.n.13:e1566, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1138872>. Acesso em: 24 de ago. de 2022.

RONSONI, R. M., *et al.* Avaliação de oito Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde por meio do instrumento AGREE II: um estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**. v. 31.n. 6. p. 1157-1162, 2015.

ROVER, M. R. M. **Metodologia para o desenvolvimento de um protocolo de indicadores para a avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica**. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/6141>. Acesso em: 15 out. 2021.

_____, **Controle e Avaliação**, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/controle-e-avaliacao>. Acesso em 15 de setembro de 2022

SARRAF, J. S. et al. **Guia de delineamento de estudos**: Como delinear estudos na área da saúde? Belém - PA, **Oncológica Brasil**. Ensino e Pesquisa.1. ed., 2015.

SESPA, Secretaria de Saúde Pública. Relatório de Gestão 2020. Governo do Estado do Pará, 2020. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/Relatorio-deGestao-2020.pdf>. Acesso em: 20 de ago. de 2022.

TEIXEIRA, E. **Desenvolvimento de tecnologias cuidativo-educacionais**: v.2. Porto Alegre: Moriá, 2020.

TEIXEIRA, E. **Tecnologias Educacionais em foco**, 2020.

THIOLLENT, M. **Metodologia de pesquisa-ação**. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica**, Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31. n.3. p.443-466, 2005.

UNA-SUS. **Programa de Qualificação para Profissionais de Regulação do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/44662>. Acesso em 07 de set. de 2022.

APÊNDICE 1 – TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
 FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
 DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO PROGRAMADA
 PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
 CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE



TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, **Profa Dra Valeria Regina Cavalcante dos Santos**, aceito orientar o trabalho intitulado **CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA GERENCIAL PARA AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE ABSENTEÍSMO E SUBUTILIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO DA REGIÃO DOS CAETÊS, PARÁ, AMAZÔNIA**, de autoria da mestranda **Rejane Brandão Pinto**. Declaro ter total conhecimento das normas em realização de trabalhos científicos vigentes, segundo a Comissão Ética em Pesquisa CONEP e do Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia - Curso de Mestrado Profissional Gestão e Serviços em Saúde da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Estando inclusive ciente da necessidade de minha participação na banca examinadora por ocasião da defesa da dissertação. Declaro ainda ter conhecimento do conteúdo do anteprojeto submetido.

Belém-PA, 10 de janeiro de 2022.

ORIENTADORA: Valeria Regina Cavalcante dos Santos
 FUNÇÃO/FORMAÇÃO: FARMACÊUTICA-BIOQUÍMICA
 Nº CONSELHO DE CLASSE: CFM 1534
 CPF: 590.258.322-53
 ENDEREÇO: TV. TIMBÓ, 1269, APARTAMENTO 1403
 E-MAIL: valregsantos@hotmail.com
 TELEFONE: (91) 984111978

Valeria Regina Cavalcante dos Santos
 Coordenadora
 Pós-Graduação
 FSCMP

ORIENTANDAO: Rejane Brandão Pinto
 FUNÇÃO/FORMAÇÃO: ENFERMEIRA - COREN-PA: 74153
 CPF: 480.639.832-20
 ENDEREÇO: Sala do Complexo Regulador Regional do 4º Centro Regional de Saúde da Secretária de Estado de Saúde do Pará –SESPA. Rua Miguel Leite, nº Bairro: Capanema, Pará, CEP: 68.700-225, Contato:91-982720542,
 E-MAIL: rejane23@msn.com
 TELEFONE: (91) 98272-0542

Rejane Brandão Pinto
 Enfermeira
 COREN-PA: 74153

APÊNDICE 2 - CARTA CONVITE JUÍZES ESPECIALISTAS



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE



CARTA CONVITE JUÍZES ESPECIALISTAS

Prezado(a) Sr(a): _____

Nós, Rejane Brandão Pinto, mestranda do Curso de Mestrado Profissional em Gestão e Serviços de Saúde da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, juntamente com a Profa Dra Valéria Regina Cavalcante dos Santos (orientadora) e a Profa Dra Ilma Pastana Ferreira (coorientadora), gostaríamos de convidá-lo (a) a participar do estudo intitulado **“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA GERENCIAL PARA AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE ABSENTEÍSMO E SUBUTILIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO DA REGIÃO DOS CAETÉS, PARÁ, AMAZÔNIA..”** como Juiz do conteúdo e aparência do manual que estamos validando. Trata-se de uma tecnologia (APLICATIVO) gerencial de consultas e exames especializados para gestores e reguladores municipais, a fim de que possam utilizá-los como ferramenta no gerenciamento da oferta regulada dos procedimentos e, com isso os processos de trabalho para o melhor gerenciamento das Centrais de Regulação Municipais, objetivando a melhoria da redução das perdas por absenteísmo e subutilização da Região de Saúde dos Caetés.

Antecipadamente agradecemos, pois em meio a sua concorrida vida profissional, com sua comprovada expertise na área, sua participação será muito útil ao estudo de validação. Informamos, ainda, que a metodologia do trabalho estipula um prazo máximo de até 15 dias para que seja realizado o julgamento do manual e nos devolva o instrumento ou questionário para que seja realizada a análise dos dados.

Cordialmente, _____

Rejane Brandão Pinto

Profa. Dra. Valéria Regina Cavalcante dos Santos

Profa. Dra. Ilma Pastana Ferreira

Belém-PA, _____ / _____ / _____

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
 FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
 DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO PROGRAMA DE
 PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Projeto: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA GERENCIAL PARA AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE ABSENTEÍSMO E SUBUTILIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO DA REGIÃO DOS CAETÉS, PARÁ, AMAZÔNIA.

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós. Serão disponibilizadas duas vias deste termo, nas quais deverão conter as assinaturas do participante e do pesquisador.

O participante da Pesquisa fica ciente:

Esta pesquisa tem por Objetivo:

Avaliar as perdas por subutilização e absenteísmo (falta) nas consultas e exames especializados nos municípios do 4º Centro Regional de Saúde (CRS), correspondente à Região dos Caetés. Para tanto será necessário à coleta de dados através de entrevista, para preenchimento do formulário de pesquisa.

Sua participação é voluntária, e você tem a liberdade de desistir ou interromper a participação, sem a necessidade de qualquer explicação, sem penalização e sem nenhum prejuízo ao bem-estar ao seu trabalho.

Os procedimentos desta pesquisa não fazem parte da rotina dos serviços de assistência à saúde, o seu atendimento não será prejudicado, independentemente de sua decisão de participar ou não da pesquisa, conforme **Res. CNS 580/18**.

A participação neste projeto não causará a você nenhum gasto com os procedimentos efetuados, assim como você não receberá remuneração ou recompensa financeira para participação da mesma.

Os **riscos dessa pesquisa** são de que as informações coletadas nas entrevistas individuais e nas exposições de grupo sejam inadvertidamente divulgadas, o que poderia causar algum constrangimento para os sujeitos envolvidos na pesquisa. Para evitar essa ocorrência, todas as informações serão objeto de sigilo entre a pesquisadora, orientadora, coorientadora e os participantes, com armazenamento em local seguro dos dados.

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do Participante



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
 FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
 DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO PROGRAMA DE
 PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Projeto: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA GERENCIAL PARA AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE ABSENTEÍSMO E SUBUTILIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO DA REGIÃO DOS CAETÉS, PARÁ, AMAZÔNIA.

É garantido o direito de cada participante de se retirar da pesquisa a qualquer momento, caso decida. O estudo não possui nenhum procedimento invasivo ou que traga riscos para a saúde dos participantes.

Em relação **aos benefícios**, serão de forma indireta, pois visa subsidiar a implementação de melhorias para a organização da rede de serviços em assegurar a qualidade da atenção e na redução do absenteísmo e subutilização de consultas e exames das centrais de regulação municipais da Região dos Caetés, Pará, Amazônia.

Os dados obtidos durante a pesquisa serão mantidos em sigilo pelo pesquisador, assegurando ao participante ou voluntário a privacidade de seus dados, sendo utilizado apenas um código alfanumérico para sua identificação.

O participante da pesquisa, caso haja necessidade, terá direito a indenização, conforme o item **2.7 da Res. CNS 466/12**, e cabe cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa; sendo de responsabilidade dos pesquisadores assegurar os direitos pertinentes aos participantes.

Os resultados poderão ser divulgados em publicações científicas, mantendo o sigilo dos dados pessoais. Os dados coletados serão utilizados por período de até cinco anos a contar da data de publicação da pesquisa, e serão utilizados somente em caráter científico.

Você poderá receber a devolutiva sobre os resultados parciais e finais obtidos, caso deseje.

Procedimentos:

Você será convidado (a) a comparecer no seu local de trabalho na data estipulada pelo pesquisador em consenso com a direção da Central de Regulação, em seguida será direcionado (a) de forma individual a uma sala reservada da Central de Regulação Municipal para o pesquisador colher as informações através do questionário individual, com o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) já assinado em mãos.

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do Participante



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
 FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
 DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO PROGRAMA DE
 PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Projeto: **CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA GERENCIAL PARA AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE ABSENTEÍSMO E SUBUTILIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO DA REGIÃO DOS CAETÉS, PARÁ, AMAZÔNIA.**

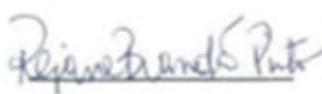
Solicitamos assim, a sua autorização para realizarmos uma entrevista, sendo que esta é confidencial, para desenvolvermos o estudo.

CONSENTIMENTO

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo, assim como seus benefícios. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de dados para estudo.

Local _____ Data ____ / ____ / ____

 ASSINATURA DO (A) PARTICIPANTE

Rejane Brandão Pinto  

ASSINATURA DA PESQUISADORA

Pesquisadora Responsável: Rejane Brandão Pinto

Endereço comercial: Sala do Complexo Regulador Regional do 4º Centro Regional de Saúde da Secretária de Estado de Saúde do Pará –SESPA. Rua Miguel Leite, nº Bairro: Capanema, Pará, CEP: 68.700-225; Conselho de classe COREN-PA: 74153, Contato:91-982720542, E-mail: rejane23@msn.com.

Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia do Pará: Endereço: Rua Bernal do Couto, nº 1040, Bairro Umarizal, Centro de Estudo Dr. Carivaldo Boulhosa, 1º Andar do Prédio Centenário, Próximo a Biblioteca, CEP:66055-080, Contato: (91) 4009-2264. E-mail: cep.fscmp@gmail.com

APÊNDICE 4 - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – TAI



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
4º CENTRO REGIONAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ORGANIZAÇÃO CONTROLE E AVALIAÇÃO
COMPLEXO REGULADOR REGIONAL

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – TAI

Eu, Patrícia de Fátima Lima, Diretora do 4º CRS/CAPANEMA/SESPA, estou ciente de acordo e autorizo a execução da pesquisa intitulada: **“CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA GERENCIAL PARA AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE ABSENTEÍSMO E SUBUTILIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO DA REGIÃO DOS CAETÉS, PARÁ, AMAZÔNIA”**, no 4º Centro Regional de Saúde da SESP, coordenada pela pesquisadora **Rejane Brandão Pinto, Mestranda da Santa Casa de Misericórdia do Pará.**

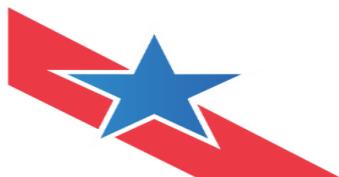
Declaro conhecer e cumprir as Resoluções 466/2012, 510/2016 do CNS; afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo; e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança/bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Capanema-PA, 28 de setembro de 2021.


Patrícia de Fátima L. da Silva
Diretora 4º CRS/SESPA
Portaria N° 2.521/2019

Patrícia de Fátima Lima

Diretora do 4º CRS/CAPANEMA/SESPA



APÊNDICE 5 - TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS –TCUD



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE



TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, **Rejane Brandão Pinto**, Mestranda da **Fundação de Misericórdia do Pará**, no âmbito do Projeto de pesquisa intitulada: “**CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA GERENCIAL PARA AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE ABSENTEÍSMO E SUBUTILIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO DA REGIÃO DOS CAETÉS, PARÁ, AMAZÔNIA**”, nos municípios do 4º Centro Regional de Saúde da SESP, Comprometo-me com a utilização dos dados contidos no banco de dados de acesso restrito coletados para a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nas entrevistas, com reguladores e coordenadores de atenção básica municipais, bem como com a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais, e demais Resoluções, nos termos da Res.

466/12, 510/16 e 580/18 do Conselho Nacional de Saúde.

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

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações serão submetidas à apreciação do CEP/CONEP.

Bragança-PA , 28 de setembro de 2021.

Rejane Brandão Pinto

Pesquisadora

Rejane Brandão Pinto
 Enfermeira
 COREN-PA 74153

Conselho de classe COREN-PA: 74153 – ENFERMEIRA, CPF: 480.639.832-20

Endereço comercial: Sala do Complexo Regulador Regional do 4º Centro Regional de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Pará –SESPA. Rua Miguel Leite, nº Bairro: Capanema, Pará, CEP: 68.700-225, Contato:91-982720542, E-mail: rejane23@msn.com.



APÊNDICE 6 – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA
GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA AMAZÔNIA
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO E SERVIÇOS EM SAÚDE



**Título do projeto: “CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA TECNOLOGIA GERENCIAL
 PARA AVALIAÇÃO DE INDICADORES DE ABSENTEÍSMO E SUBUTILIZAÇÃO DE
 CONSULTAS E EXAMES DAS CENTRAIS DE REGULAÇÃO DA REGIÃO DOS CAETÉS,
 PARÁ, AMAZÔNIA”**

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

1. RESPONDA SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO:

1.1.-ÁREA GEOGRÁFICA:

1.2-POPULAÇÃO:

1.3-IDH:

1.4-DISTÂNCIA ATÉ A CAPANEMA E BRAGANÇA EM KM: _____ E _____

1. 5-CONCENTRAÇÃO POPULACIONAL EM PERCENTUAL:

ZONA URBANA: _____ ZONA RURAL: _____

2. RESPONDA SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE SAÚDE MUNICIPAL:

2. 1-TIPO DE GESTÃO: () PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL () BÁSICA AMPLIADA

2.2-NÚMERO DE SERVIÇOS DE SAÚDE:

HOSPITAIS: () 0 () 1-3 () 4-6 () 7-10 () MAIS DE 10

UBS: () 0 () 1-3 () 4-6 () 7-10 () MAIS DE 10

ESF: () 0 () 1-3 () 4-6 () 7-10 () MAIS DE 10

LABORATÓRIO: () 0 () 1-3 () 4-6 () 7-10 () MAIS DE 10

OUTROS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS:

() 0 () 1-3 () 4-6 () 7-10 () MAIS DE 10

2.3-OFERTA PRÓPRIA DE ESPECIALIDADE MÉDICAS: () SIM () NÃO

SE SIM, QUAIS: _____

2. 4-OFERTA PRÓPRIA DE EXAMES ESPECIALIZADOS: () SIM () NÃO

SE SIM, QUAIS: _____

3. RESPONDA SOBRE AS CARACTERÍSTICAS DO SERVIÇO DE REGULAÇÃO MUNICIPAL:

3.1-NÚMERO DE FUNCIONÁRIO: _____

3.2-INFORMATIZAÇÃO (Nº DE COMPUTADORES): _____

3.3-ESPAÇO FÍSICO: () PRÓPRIO, () COMPARTILHADO,

3.4-NÚMERO DE SALAS_____, CITE: _____

3.5- SUA ESCOLARIDADE:

() NÍVEL MÉDIO () NÍVEL SUPERIOR COMPLETO () ESPECIALIZAÇÃO ()
MESTRADO () DOUTORADO

3.6- FORMAÇÃO ACADÊMICA:

() TÉCNICO DE ENFERMAGEM () TÉCNICO DE RAIOS X

() ENFERMEIRO () MÉDICO () ASSISTENTE SOCIAL

() PSICÓLOGO () ADMINISTRADOR

() Outro _____

() NÃO TEM FORMAÇÃO TÉCNICA, NEM ACADÊMICA.

3.7- SEU TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM REGULAÇÃO:

() 1 a 3 meses () de 4 a 6 meses () de 6 meses a < 1 anos

() de 1 a <2 anos () de 2 anos a <de 5 anos () 5 anos ou mais

3.8- ROTATIVIDADE DE PROFISSIONAIS: () SIM () NÃO.

3.9- FORMA DE AGENDAMENTO: () PRESENCIAL () TELEFONE ()

APLICATIVO DE CELULAR () E-MAIL () DESCENTRALIZADO PARA UBS

3.10-QUAL A COTA MENSAL DE EXAMES REGIONAL? _____

3.11-QUAL A COTA MENSAL DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS REGIONAL? _____

3.12-CONHECE A TAXA DE SUBUTILIZAÇÃO E ABSENTEÍSMO DO SEU MUNICÍPIO?

() SIM () NÃO.

3.13-QUAIS AS DEMANDAS REPRIMIDAS DE MAIOR EVIDÊNCIA E RELEVÂNCIA NO MUNICÍPIO ? *(PODE MARCAR MÚLTIPLAS ESCOLHAS).*

() PEDIATRIA () GINECOLOGIA () MASTOLOGIA

() ORTOPEDIA () NEUROLOGIA () CARDIOLOGIA

() ENDOCRINOLOGIA () NEFROLOGIA () CIRURGIA

Outras: _____

3. 14-QUAL A LOGÍSTICA DISPONÍVEL PELO MUNICÍPIO PARA TRANSPORTE DE PACIENTES PARA TRATAMENTO FORA DO MUNICÍPIO?

() CARRO PRÓPRIO () TRANSPORTE SANITÁRIO ELETIVO

() AMBULÂNCIA () ÔNIBUS () OUTROS

3.15-A CENTRAL DE REGULAÇÃO RECEBE DEMANDA JUDICIAL?

() SIM () NÃO

CASO SEJA SIM, QUAIS: _____

3.16 – QUAL O SEU GRAU DE CONHECIMENTO SOBRE FLUXO, PROTOCOLO DE REGULAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO?

() BAIXO () MÉDIO () ALTO

3.17 - QUAL A RELAÇÃO ENTRE A CENTRAL DE REGULAÇÃO E A ATENÇÃO PRIMÁRIA, NA FINALIDADE DE GARANTIR ACESSO A EXAMES E CONSULTAS ESPECIALIZADAS?

(PODE MARCAR MÚLTIPLAS ALTERNATIVAS.)

() REUNIÕES

() APLICATIVO DE CELULAR

() VISITA AS ESF

() NENHUMA RELAÇÃO

() OUTRO: _____

3.18 - QUAIS AS ESTRATÉGIAS SÃO UTILIZADAS PARA REDUZIR A SUBUTILIZAÇÃO E O ABSENTEÍSMO DE CONSULTAS E EXAMES DA CENTRAL DE REGULAÇÃO? (PODE MARCAR MÚLTIPLAS ESCOLHAS).

- LIGAÇÃO TELEFÔNICA PARA O USUÁRIO
- MENSAGEM POR SMS E WHATSAPP PARA O USUÁRIO
- ENTREGA DOS BOLETOS DE AUTORIZAÇÕES, VIA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
- CALL CENTER
- OUTROS: _____
- NENHUMA ESTRATÉGIA

3.19 QUAIS AS DEMANDAS/ PROBLEMAS LEVADOS DA CENTRAL DE REGULAÇÃO A GESTÃO MUNICIPAL E COMPLEXO REGIONAL? (PODE MARCAR MÚLTIPLAS ESCOLHAS).

- DEMANDA REPRIMIDA DE CONSULTAS E EXAMES
- DEMANDA JUDICIAL
- TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO
- TRANSPORTE DE USUÁRIO
- COMUNICAÇÃO (INTERNET, SISTEMA DE REGULAÇÃO E TELEFONIA)
- TREINAMENTO OPERACIONAL DO SISTEMA REGULAÇÃO
- SENHAS DE ACESSO
- AGENDAS E COTAS
- OUTROS, QUAIS _____

APÊNDICE 6 – PARECER TÉCNICO



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ
DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E SAÚDE NA
AMAZÔNIA CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL GESTÃO E SERVIÇOS EM
SAÚDE

REJANE BRANDÃO PINTO

PARECER TÉCNICO – Implantação do “SCORE DE UTILIZAÇÃO” de cotas de consultas e exames especializados, como ferramenta de gerenciamento a partir do monitoramento das taxas das perdas primárias e secundárias para avaliação de desempenho das Centrais de Regulação Municipais da Região Rio Caetés, vinculada ao 4º Centro Regional de Saúde – CRS/SESPA”

BELÉM – PARÁ

2022

REJANE BRANDÃO PINTO

PARECER TÉCNICO – implantação do “SCORE DE UTILIZAÇÃO” de cotas de consultas e exames especializados, como ferramenta de gerenciamento a partir do monitoramento das taxas das perdas primárias e secundárias para avaliação de desempenho das Centrais de Regulação Municipais da Região Rio Caetés, vinculada ao 4º Centro Regional de Saúde – CRS/SESPA”.

Este Parecer Técnico é produto parcial da Dissertação de Rejane Brandão Pinto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Saúde na Amazônia - Mestrado Profissional da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Orientadora: Dra. Valeria Regina Cavalcante dos Santos.

Co-orientadora: Dra. Ilma Ferreira Pastana

BELÉM – PARÁ

2022

PARECER TÉCNICO

Capanema – PA, 07 de setembro de 2022.

1. RELATÓRIO

Conforme a pesquisa realizada na Região Rio Caetés, Nordeste Paraense sobre o estudo do absenteísmo e subutilização de consultas e exames especializados, eu, Rejane Brandão Pinto, enfermeira responsável pela referida pesquisa fui designada para emitir um Parecer Técnico referente ao produto gerado pela pesquisa supracitada direcionado a gestão responsável pelo 4º Centro Regional de Saúde, SESPA, Capanema-PA. O presente parecer visa expor sobre a implantação do **“SCORE DE UTILIZAÇÃO” de cotas de consultas e exames especializados, como ferramenta de gerenciamento a partir do monitoramento das taxas das perdas primárias e secundárias para avaliação de desempenho das Centrais de Regulação Municipais da Região do Rio Caeté, vinculada ao 4º Centro Regional de Saúde – CRS/SESPA**”.

II. DO FATO

Durante o trabalho de gestão como coordenadora do complexo regulador regional, observou-se as perdas primárias ou subutilização e as perdas secundárias ou absenteísmo no que se refere ao grupo de procedimentos em consultas especializadas, exames laboratoriais e exames de imagem no sistema SISREG, através do relatório de utilização dos municípios da região, que as taxas de subutilização em consultas e exames estão acima de 71,44% e 23,48% respectivamente e em absenteísmo observa-se um percentual acima de 26% e 56,85% no grupo de procedimentos consultas e exames de imagem.

O absenteísmo tem se revelado como um problema crônico na rede pública de saúde brasileira, onde a ausência dos usuários nas consultas e exames agendados atinge altos índices por parte dos usuários, o que implica em uma baixa utilização de recursos, fato que pode ser percebido em todas as regiões do Brasil nos mais diversos tipos de atendimentos e especialidades (OLESKOVICZ et al., 2020).

A taxa de absenteísmo às consultas médicas varia de 5 a 55 % entre os países, os sistemas de saúde e os diferentes contextos clínicos. A taxa média geral mundial de absenteísmo em consultas é de 23,0%. Nos serviços públicos brasileiros observam-se taxas de até 52% em São

Paulo; em João Pessoa 48,3%; no Ceará 32,17%; em Florianópolis 34,4% e no Espírito Santo 38,6% (RODRIGUES et al., 2020)

Diante deste contexto, o não comparecimento dos usuários às consultas, exames, procedimentos e terapias agendados em ambulatorios no SUS, tem comprometido o atendimento à demanda. Monitorar esses dados é imprescindível, pois ações podem ser executadas para reduzir o impacto do absenteísmo e subutilização nos serviços ambulatoriais (UNA-SUS, 2017).

Diante das perdas na Região Rio Caetés, viu-se a necessidade de implementar uma pesquisa, com profissionais de saúde, atuantes nas centrais de regulação municipal, Nordeste do estado, com o objetivo de conhecer o perfil dos serviços de regulação, assim como, avaliar as taxas de subutilização e absenteísmo de consultas e exames especializados e construir um indicador de avaliação de desempenho das Centrais de Regulação Municipais, para contribuir com a melhoria do acesso.

1.DA FUNDAMENTAÇÃO E ANÁLISE

Considerando os artigos 196 e seguintes da Constituição Federal, a Lei Federal n. 8.080/90, o Decreto Federal n. 7.508/201, a Portaria MS/GM n. 1.559/2008, que institui a

Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), e o Item 4.2, alínea “d”, do Anexo I, da Resolução MS/GM/CIT n. 04/2012;

Considerando a Resolução CIB/PA n. 114/2014, a Resolução CIR-Caetés n. 09/2014, a Resolução CIR-Metropolitana III n. 003/2014 e a Programação Pactuada e Integrada – PPI, que define e quantifica as ações de saúde a fim de garantir, mediante pactuação Intergestores, o acesso da população aos serviços de saúde;

Assim, para qualificar a gestão dos serviços, em 2008, o Ministério da Saúde (MS) implantou a Política Nacional de Regulação em Saúde. A regulação do acesso à saúde é utilizada pelo Estado como um importante instrumento de gestão pública, ainda em processo de aprimoramento, com o objetivo de alcançar a eficiência, a equidade e o equilíbrio entre a oferta, demanda e financiamento (NASCIMENTO, 2009).

A Regulação do Estado foi efetivada na Região Rio Caetés, por meio da Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde (DDASS), diretoria da SESP A a qual conta com setores específicos que tentam garantir a Regulação do Sistema, de Acesso e de Serviços ofertados, e conta com um efetivo de 140 (cento e quarenta) profissionais, os quais têm como

principais objetivos: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação de Atenção à Saúde e Regulação de Acesso a Assistência, para todo o Estado.

Observa-se que as 13 (treze) regionais de saúde possuem em suas estruturas um setor voltado ao processo de regulação de modo similar ao que existe na DDASS, nível central da SESPA. No 4º CRS, a regulação faz parte da Diretoria Operacional de Controle e Avaliação (DOCA) é objetivamente operacionalizado pela CRR, este com vinculação direta à Diretoria Estadual de Regulação do Acesso (DRA), da DDASS.(CORDEIRO,2019).

A regulação do acesso do 4º CRS, está localizada em Capanema, através do Complexo Regulador Regional – CRR, foi o 1º complexo instituído no Pará, desde 2014, piloto das ações a serem implementadas no ordenamento das consultas e exames especializados para a Macrorregião II, que compreende 39 municípios de duas regiões de saúde: a Região de Saúde

Metropolitana III com 22 municípios e a Região Rio Caetés, com 16 municípios, sendo eles:

Augusto Corrêa, Bonito, Bragança, Cachoeira do Piriá, Capanema, Nova Timboteua, Peixe Boi, Primavera, Quatipuru, Salinópolis, Santa Luzia do Pará, Santarém Novo, São João de Pirabas, Tracuateua e Viseu.

Com o CRR, foi descentralizado o sistema de regulação do acesso a consultas e exames aos municípios através das Centrais de Regulação, com isso, possibilitou um acesso oportuno e qualificado dos usuários aos serviços de saúde, a transparência do processo da PPI, pela ferramenta dos Sistemas de Regulação (SER e SISREG) e fortaleceu a rede de saúde da macrorregião II, pois assim os prestadores de serviços passaram a atender aos usuários de forma organizada, através de um fluxo de atendimento, em consonância com a política de regulação.

Entretanto, ainda se percebe diversas barreiras como: a dificuldade de articulação entre os níveis de atenção, profissionais não capacitados a utilizar os sistemas, lançamento tardio das agendas pelos prestadores, falhas constantes de acesso ao sistema decorrentes da instabilidade da internet, desconhecimento de ofertar procedimento pela Unidade Solicitante e má gestão na distribuição das cotas são alguns dos principais motivos que levam a ocorrência da perda primária ou subutilização.

Conforme a RESOLUÇÃO CIB-SUS/PA/2018, no setor Saúde, a Região apresenta dificuldades importantes quanto ao acesso universal e qualificado aos serviços, à ampliação de equipamentos/serviço sem especial nas zonas rurais, e quanto à integralidade da atenção. Entretanto, com relação à política de saúde, verifica-se um cenário regional de avanços no nível

da atenção primária, no que tange à cobertura da população assistida. Todavia, a realidade da cobertura assistencial tanto na atenção primária, quanto na média e alta complexidade ainda apresenta condições desafiadoras para os 16 municípios que a compõem, pois ainda se constata vazios assistenciais que impedem e/ou dificultam os usuários do SUS de acessarem ao conjunto de ações de serviços de saúde, em sua plenitude na região, garantindo a equidade e integralidade da atenção

A percepção e o entendimento de gestores de saúde, são de extrema relevância para obter melhores resultados, relacionando à efetivas práticas em serviço e alcance de diretrizes e legislação de políticas públicas, como é necessário qualificar equipes de saúde para acompanhar mudanças em ambiente de trabalho (HEITMMAM, 2022)

A pesquisa corresponde aos 42 profissionais envolvidos no processo de regulação dos 16 municípios pertencentes ao quadro das Centrais de Regulação, esta etapa foi realizada mediante o convite aos profissionais, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Objetivou-se a aplicação do formulário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas (com preenchimento e envio na plataforma Google Forms), relacionadas à estrutura e funcionamento do serviço de Regulação, bem como informações referentes ao acesso do usuário aos serviços de média e alta complexidade em cada município participante da pesquisa.

Com referência a caracterização dos serviços de Regulação Municipal, no qual incide sobre o número de funcionários, os dados coletados em respostas dos reguladores (n=14) mostram que 33% apontaram a existência de 1 até 3 funcionários prestando serviço de Regulação no município. O segundo maior índice de resposta dos reguladores (n=12), 29%, aponta que o município possui de 6 até 10 funcionários. Na terceira sequência, os reguladores (n=11), 26%, destacaram a presença de 4 até 6 funcionários e por último, os reguladores (n=5) onde 12% afirmaram que o município possui de 10 até 14 funcionários.

Quanto à informação da estrutura física do serviço de Regulação Municipal, no que se refere a informatização especificamente direcionado a saber do número de computadores. Foi observado pelos reguladores (n=20), 47,6%, que em seu município destina-se de 1 até 3 computadores. Observou-se que reguladores (n=12), que correspondem a 28,6%, assinalaram que na Regulação municipal destina-se de 4 até 6 computadores para o serviço. Os reguladores (n=6), 14,3%, informaram que o serviço de regulação municipal conta de 6 até 8 computadores e (n=4), correspondente a 9,5 % dos reguladores informaram que os serviços de Regulação possuem de 8 até 10 computadores.

Quanto ao item que se refere a caracterização do espaço físico dos serviços de Regulação, os dados dos reguladores (n=23), 55%, sinalizam com o maior índice de espaço físico compartilhado e somente (n=19) 45% dos reguladores atuam em espaço físico próprio.

Em relação ao número de salas do serviço de Regulação nos municípios o maior índice das respostas dos reguladores (n=25) 59,5%, assinalaram possuir de 1 até 2 salas. Na sequência de respostas dos reguladores (n=10), 23,8% demarcaram que os serviços de Regulação em seu município são destinados de 3 até 4 salas. No entanto, os reguladores (n=4), 9,5%, em relação ao número de salas em seu município, afirmaram que são reservadas de 5 até 6 salas. Deve ser mencionado que (n=3), 7,2% dos reguladores afirmam ser destinado de 7 a 8 salas para os serviços de Regulação no município.

Em relação à escolaridade dos reguladores, os dados coletados de (n=21), mostra que 50% dos reguladores possuem ensino superior. Os reguladores (n=6), 14% possuem especialização e o número de reguladores (n=15), 36% possuem o nível Médio.

Para informar os dados sobre a formação acadêmica dos reguladores, verificou-se que o maior índice de reguladores (n=10) 23,8%, têm como formação a Enfermagem, e de mesmo modo foi identificado reguladores (n=10) 23,8%, que não possuem formação técnica ou acadêmica. Os dados apontaram reguladores (n=8), 19,0%, com outro tipo de formação acadêmica. Assim como, reguladores (n=6) 14,4%, que têm como formação acadêmica o Serviço Social, há (n=4) 9,5% de reguladores com formação em Pedagogia e (n=4) 9,5% de reguladores com formação acadêmica em administração.

Quanto ao item tempo de experiência em regulação, as respostas dos reguladores (n=26) 61,9% que correspondem ao maior índice de respostas possuem tempo de 2 anos a < de 5 anos. Na sequência, foram apontados reguladores (n=7) 16,7%, de 1 a < 2 anos de experiência. Seguindo dos reguladores (n=5), 11,8% correspondem a 4 a 6 meses de experiência em regulação. Foi observado reguladores (n=2), 4,8%, com 6 meses a < 1 ano de experiência e reguladores (n=2), 4,8%, com tempo de experiência profissional em regulamentação de 1 a 3 meses.

Em relação à rotatividade de profissionais em regulação foi observado nas respostas dos reguladores (n=28), 67%, que existe a rotatividade nos municípios, enquanto, um número de reguladores (n=14), 33%, assinalaram não haver rotatividade de profissionais da regulação nos municípios.

Ao examinar o ponto quando a pesquisa se refere à forma de agendamento de consultas e exames nos serviços de saúde pública, as respostas dos reguladores (n=37), 88%, referiram que a forma utilizada com maior expressividade é a presencial. Os reguladores (n=4), 10%, destacaram a forma de agendamento ligado a descentralização da Unidade Básica de Saúde – UBS e um número inexpressivo de regulador (n=1) assinalaram a forma utilizada no agendamento por meio de aplicativo de celular.

Para averiguar sobre a cota mensal de exames regionais, foi identificado pelos reguladores (n=11), 26%, o maior número de respostas que não sabe ou não soube responder a este item da pesquisa. Porém, o número de reguladores (n=10), 24%, informam que são destinados até 200 cotas de exames mensais em sua região. Foi identificado pelos reguladores (n=7), 17%, que as cotas destinadas a exames correspondem acima de 1500. Outros reguladores (n=6), 14%, apontaram que as cotas de exames correspondem a acima de 800 até 1500, com o mesmo número de reguladores (n=6), 14% referiram acima de 200 até 400 cotas mensais, e o menor índice de reguladores (n=2), 5% registraram cotas mensais de exames regionais acima de 400 até 800.

Quando a pesquisa se refere a cota mensal de consultas especializadas regionais, o maior índice de respostas dos reguladores (n=17), 40,5% destacaram cotas de até 200 consultas especializadas. Na sequência da pesquisa, foi observado que o número de reguladores (n=12), 28,5%, não sabe ou não souberam responder esse item. A pesquisa apresentou respostas de reguladores (n=6), 14,3%, de cota mensal acima de 1500, de igual modo, reguladores (n=6), 14,3% responderam que a cota mensal corresponde acima de 200 até 400. Apenas (n=1) 2,4%, dos reguladores assinalaram a cota acima de 400 até 800 de consultas especializadas mensal. Menciona-se que a alternativa acima de 800 até 1500 cotas mensais de consultas especializadas não foi escolhida como resposta, ficando com um índice de zero.

Na pesquisa levantou-se um questionamento referente se “conhecem a taxa de subutilização e absenteísmo do seu município” obteve-se como resposta dos reguladores (n=25), que 60% destes desconhecem quando questionados e assinalaram não como resposta. Enquanto outro número de reguladores (n=17), 40%, assinalou sim, ou seja, conhecem a taxa de subutilização e absenteísmo do seu município.

Um ponto importante dentro do contexto, se refere à logística disponível pelo município para transporte de pacientes para tratamento fora do município, os reguladores (n=17) 40,5% identificaram que o seu município possui carro próprio para o deslocamento. O número de reguladores (n=9) 21,4%, assinalou que o deslocamento é feito por van. Outros reguladores

(n=6), 14,3%, informaram que em seu município fazem o deslocamento por meio de transporte sanitário eletivo. A pesquisa apresentou as respostas de reguladores (n=5), 11,9%, referindo que o deslocamento é efetivado por meio de ônibus ou microônibus, e com o mesmo índice de reguladores (n=5), 11,9%, responderam que o transporte de pacientes para tratamento fora do município é conduzido por meio de ambulância.

Destarte, outra questão colocada referiu-se sobre a “Central de Regulação recebe demanda judicial?”. Um número expressivo de reguladores (n=25), 60%, responderam sim a assertiva. Por outro lado, um número de reguladores (n=16), 38%, assinalou, não. Enquanto, um número de regulador (n=1), 2%, não sabe responder a esse item questionado.

Uma vez analisada, a pesquisa sugere obter respostas para o grau de conhecimento sobre fluxo, protocolo de regulação e classificação de risco, e foi identificado nas respostas dos reguladores (n=25) que 60% possuem um grau médio de conhecimento. Obtiveram-se respostas de reguladores (n=14) 33%, com grau de conhecimento alto e foi identificado que os reguladores (n=3), correspondente a 7%, possuem um grau baixo de conhecimento sobre o item da pesquisa.

Portanto, no Manual de Diretrizes de Implantação de Complexos Reguladores, 2010 destaca-se que “a ação regulatória, definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, é realizada por um profissional de saúde observando as questões clínicas e o cumprimento de protocolos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso (BRASIL, 2006, p. 17) Os quatro processos de trabalho da ação regulatória envolvem: o levantamento e distribuição de cotas de procedimentos por prestador e por unidade solicitante; a busca e disponibilização de leitos; o processo de autorização prévio à execução da ação ou serviço de saúde e; a capacidade de análise crítica e discernimento do profissional regulador que resulte em decisões baseadas em evidências. O profissional regulador desenvolve suas atividades baseadas em protocolos de regulação. Esses protocolos são instrumentos de ordenação de fluxos de encaminhamento que qualificam o acesso e viabilizam a atenção integral ao usuário, entre os níveis de complexidade da atenção (BRASIL, 2006, p. 17).

No que tange a estruturação do serviço, a mesma Diretriz na página 26, orienta que a “infraestrutura física para o Complexo Regulador deve ser proporcional às ações regulatórias que serão realizadas, e ao quantitativo de recursos humanos. Deve estar explicitada em projeto arquitetônico, prevendo espaços, adequadamente distribuídos, como: • Área de regulação, •

Coordenação,• Administração de sistemas de informação,• Repouso,• Áreas administrativas,• Sala de reunião,• Copa,• Salas para arquivo,• Almoxarifado,• Sanitários e outros.

Cada área física deve atender às especificidades apresentadas pela ação regulatória do complexo regulador. Por exemplo, a central de regulação que não funcione 24 horas por dia, não necessita de sala de repouso.

Para estruturar o Complexo Regulador é necessário que a rede de serviços esteja conectada a este Complexo, sendo assim, a necessidade de equipamentos deverá contemplar não somente as centrais, mas também as unidades solicitantes e executantes.

É importante destacar que as indicações aqui compreendidas dependerão do diagnóstico local e da dimensão da estrutura de regulação que se pretende implantar.

Para as Centrais de Regulação: – equipamentos de informática; – equipamentos para estruturação de redes; – equipamentos necessários para conexão com internet; – aparelho de telefone, headset e fax;– mobiliário adequado para as atividades da Central de Regulação;– equipamentos de ar condicionado (ar condicionado e/ou aquecedor);– equipamento de audiovisual (projektor multimídia, videoconferência e audioconferência);– eletrodomésticos adequados para copa; e – ampliação e adequação de área física.

Desta forma propõe-se a utilização de um “SCORE DE UTILIZAÇÃO” gerado por intermédio da Tecnologia Gerencial (TG), ferramenta tecnológica de monitoramento e avaliação periódica de desempenho e eficiência da distribuição e disponibilização de serviços de saúde.

1.1 DESCRIÇÃO DA PROPOSTA DO PRODUTO

Diante das dificuldades e dos problemas encontrados na observância dos dados coletados, se estabeleceu parâmetros de indicadores que possam mensurar as taxas de absenteísmo e subutilização visando a melhoria no desempenho da política pública.

Assim pretende-se designar como principais indicadores a serem quantificados pelo número das Centrais de Regulação da Região Rio Caetés, o indicador de subutilização x absenteísmo do grupo de procedimentos consultas e exames, diagnóstico em laboratório clínico e diagnóstico por imagem.

Neste trabalho, o score de utilização foi construído sobre duas premissas, para:

1). Avaliar da dimensão local através da avaliação de desempenho das Centrais de Regulação Municipais pertencentes à Região Rio Caetés e;

2). Contribuir com a gestão estratégica municipal e regional com a definição de ações importantes voltadas para melhoria do macroprocesso de regulação. e do planejamento estratégico

Os objetivos da construção da metodologia de avaliação são:

- 1). Ter mais clareza quanto ao desempenho de serviços de saúde;
- 2). Ser um benchmarking para outros complexos reguladores regionais;
- 3). Permitir a avaliação comparativa do desempenho das centrais de regulação municipais subordinadas a uma central de regulação regional;
- 4). Corrigir nós críticos que contribuem negativamente para um resultado desejado, por exemplo, problemas com comunicação entre os serviços ou com o acesso do usuário;
- 5). Permitir a tomada de decisões estratégicas, por exemplo, redirecionamento do planejamento local, redistribuição de cotas baseada na categoria das CR e ajustes do processo de trabalho.
- 6). E permitir a definição de metas aceitáveis que funcionarão como elemento de pressão positiva para a melhoria dos processos de trabalho.

A partir destes indicadores, será possível estabelecer um score de utilização (Figura 1)

Figura 1- Score de utilização absenteísmo e subutilização

ABSENTEÍSMO

Faixas	Consultas Especializadas		Exames laboratoriais		Exames de Imagem	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Ótimo		11,00		15,00		6,00
Bom	11,00	27,33	15,00	42,33	6,00	29,00
Regular	27,33	43,67	42,33	69,67	29,00	52,00
Ruim	43,67	60,00	69,67	97,00	52,00	75,00
Péssimo	60,00		97,00		75,00	

SUBUTILIZAÇÃO

Faixas	Consultas Especializadas		Exames laboratoriais		Exames de Imagem	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Ótimo		11,00		2,00		11,00
Bom	11,00	40,67	2,00	34,00	11,00	38,33
Regular	40,67	70,33	34,00	66,00	38,33	65,67
Ruim	70,33	100,00	66,00	98,00	65,67	93,00
Péssimo	100,00		98,00		93,00	

Fonte: desenvolvido pela pesquisadora (2021/2022)

Neste estudo as seguintes faixas serão usadas: péssimo, ruim, regular, bom, ótimo. Para cada faixa usaremos a seguinte referência de valores:

- i). Ótimo: valor abaixo do limite inferior original.
- ii). Bom: entre o valor do limite inferior original e a soma do limite inferior original e o valor da amplitude.
- iii). Regular: entre o limite superior da faixa “bom” e o limite inferior original mais o dobro da amplitude.
- iv). Ruim: entre o limite superior da faixa “Regular” e o limite superior original.
- v). Péssimo: Acima do valor do limite superior.

Desse modo, é válido ressaltar que o Ministério da Saúde não tem definido um parâmetro do que seria uma taxa aceitável de absenteísmo de consultas e exames, para tanto, se faz necessário essa definição na Política Nacional de Saúde, pois auxilia o monitoramento destas taxas por parte dos serviços e gestores (CAVALCANTI et al., 2013).

O acesso ao “score de utilização” será através do e-book no Play Store (loja oficial do Google) para fazer o download do aplicativo e acesso às informações de pessoas autorizadas. Para o armazenamento do aplicativo será utilizado o banco de dados da Secretaria Estadual de

Saúde (SESPA), onde os profissionais cadastrados poderão visualizar as informações através de link junto ao portal da Instituição para conhecimento dos registros e tomada de decisões. Este sistema já possui normas e políticas de privacidade e confidencialidade dos dados.

III. CONCLUSÃO

Assim conclui-se que os profissionais das centrais de regulação precisam de qualificação em atividades regulatórias, adequando os serviços às políticas ministeriais, frente a complexidade que o serviço requer. Dessa forma, o desempenho de suas funções será melhorado, colaborando com a capacidade resolutiva que a função necessita, favorecendo o acesso do usuário ao procedimento necessário, tendo em vista o resultado da pesquisa que identificou que 60% (n=25) dos reguladores têm conhecimento sobre fluxo, protocolo e classificação de risco de grau médio e 7% (n=3) possuem um grau baixo de conhecimento sobre o item da pesquisa.

A definição de uma metodologia, para construção de um indicador/parâmetro, é essencial para evitar distorções dos dados obtidos, quando são coletados em momentos diferentes, e assim evita-se erros de análise quando feito nas mais diversas dimensões.

Essa metodologia propõe ainda que, por meio do Colegiado Intergestores Regional, sejam aprovadas resoluções divididas em duas estratégias. A primeira seria implantar uma estratégia de avaliação de longo prazo através da pactuação das metas baseadas nos indicadores de absenteísmo e de subutilização obtidos com a construção dos dados que obtivemos até nesse momento, com base na metodologia que estamos usando.

A segunda estratégia é baseada na aprovação de resoluções que visam a implantação de medidas estratégicas de curto, médio e longo prazo que passam a compor as programações de saúde e o cotidiano imediato dos serviços de saúde, algo mais específico com ações mais contundentes. Como é característica destas ações ser algo mais pontual e feito com base em avaliações mais detalhadas sobre possíveis ações, o debate coletivo é importante. Assim sugerimos que outro tipo de elemento de planejamento e gestão seja utilizado dentro do Colegiado Intergestores Regional, que são as Câmaras Técnicas.

Acredita-se que a partir deste estudo possam ser desenvolvidas novas pesquisas capazes de promover mudanças significativas no ambiente de trabalho.

Ante ao exposto, sou do parecer que a tecnologia gerencial do tipo e-book “Score de utilização”, aqui apresentada, é um instrumento importante para que haja revisão dos processos

de trabalho entre as redes de atenção à saúde, melhorando o acesso do usuário ao serviço. Devendo também disseminar os passos metodológicos.

Sendo assim, sugere-se à diretora regional do 4ºCRS, a institucionalização do " Score de Utilização" pela Secretaria do Estado de Saúde Pública do Pará-SESPA. O produto poderá ser utilizado como base para as demais regionais de saúde do Estado do Pará, trabalharem em seus municípios.

Este é o parecer, salvo o melhor juízo.

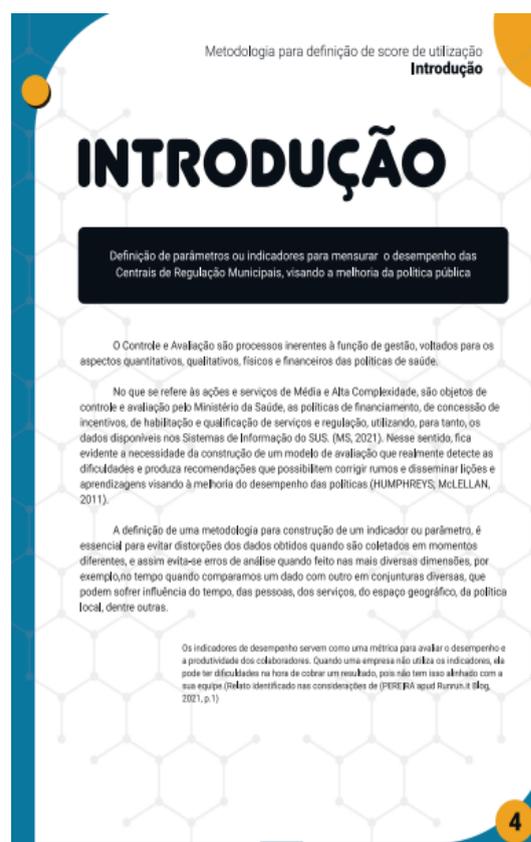
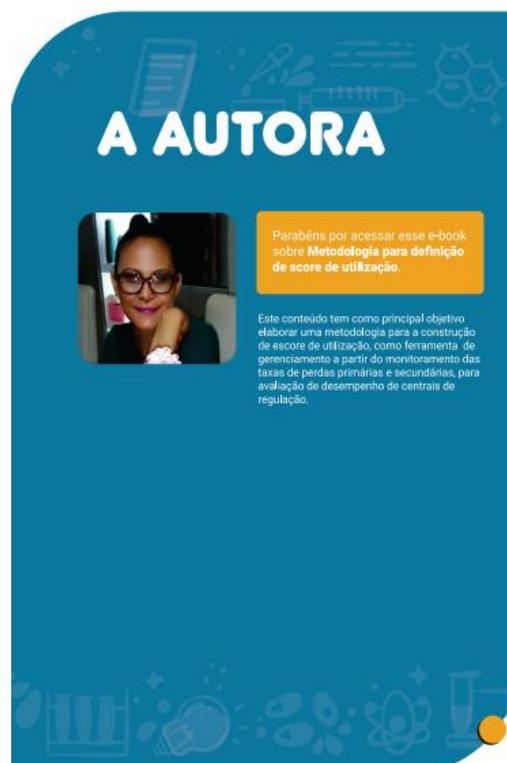
Belém, 07 de setembro de 2022.



Rejane Brandão Pinto

Enfermeira
COREN-PA nº 74153

APÊNDICE 7 – E-BOOK



Metodologia para definição de score de utilização

Introdução

Neste trabalho, o escore de utilização será construído sobre duas premissas, para:

- 1 Avaliar a dimensão local através da avaliação do desempenho das Centrais de Regulação Municipais pertencentes à Região Rio Caeté e;
- 2 Contribuir com a gestão estratégica municipal e regional com a definição de ações importantes voltadas para melhoria do macro processo de regulação e do planejamento estratégico.

Os objetivos da construção da metodologia de avaliação são

- 1 Ter mais clareza quanto ao desempenho de serviços de saúde;
- 2 Ser um benchmarking para outros complexos reguladores regionais;
- 3 Permitir a avaliação comparativa do desempenho das centrais de regulação municipais subordinadas a uma central de regulação regional;
- 4 Corrigir nós críticos que contribuem negativamente para um resultado desejado, por exemplo, problemas com comunicação entre os serviços ou com o acesso do usuário;
- 5 Permitir a tomada de decisões estratégicas, por exemplo, redirecionamento do planejamento local, redistribuição de cotas baseada na categoria das CRs ajustes do processo de trabalho.
- 6 E permitir a definição de metas aceitáveis que funcionarão como elemento de pressão positiva para a melhoria dos processos de trabalho.

Convém salientar as relações que o tema "Regulação" tem com planejamento estratégico loco - regional. Como é sabido, o planejamento de uma Secretaria Municipal ou Estadual é feito por diversas etapas que culminam com a elaboração de documentos de planejamento, tais como plano de saúde, programação anual de saúde e relatórios de gestão, que por lei apresentam momentos pré-definidos para elaboração. O objetivo deste trabalho estratégico é a busca pelos resultados mais importantes que a sociedade local deseja e estes resultados se agrupam sob a gerência de diversos setores dentro dos órgãos públicos, e um deles gerencia a área da "regulação".

Atualmente esse setor tem como missão de trabalho equilibrar a oferta e a demanda de serviços de média e alta complexidade, pois são estes que possuem grande participação dentro dos itens de insatisfação, que a sociedade apresenta perante os serviços de saúde. E a satisfação da sociedade é a finalidade da gestão pública.

Entendendo essas relações, é correto afirmar, que os resultados dos setores que gerenciam a área da regulação, possuem estreita relação com os resultados do planejamento estratégico, ou seja, é muito interessante que as etapas do processo de regulação estejam coerentes com as etapas do planejamento estratégico e elaboração dos documentos de gestão.

5

Metodologia para definição de score de utilização

Introdução

Uma das condições impostas pelo processo de planejamento, as quais impactam diretamente na forma como é gerenciado o sistema de regulação municipal permite a continuidade da busca pelos resultados mesmo com a troca de gestores. Estamos falando sobre a dinâmica da manutenção do plano de saúde, ele impõe que o primeiro ano de gestão política pós-eleição é feito sobre a ótica do planejamento estratégico realizado pelo grupo político anterior. Isso cria uma condição interessante: a influência das variáveis de gestão sobre os resultados, e essa característica está prevista na metodologia deste trabalho.

Baseado nesse referencial, a metodologia aqui descrita, refere-se ao desenvolvimento de um escore de indicadores para a avaliação das taxas de subutilização e absenteísmo a das Centrais de Regulação Municipais.

Metodologia

O desenvolvimento da metodologia do escore de utilização foi realizado em seis passos:

- 1 Definição dos períodos de referência
- 2 Definição dos agrupamentos de dados
- 3 Definição dos limites de valor e a amplitude para cada faixa de avaliação
- 4 Definição das faixas de avaliação
- 5 Pactuação da regulamentação necessária
- 6 Pactuação das ações necessárias

6

Metodologia para definição de score de utilização

Passo1

PASSO 1

Definição dos períodos de referência



Para o passo 1, foram definidos dois períodos: o **período da série histórica** e o **período da validade**. Define-se primeiro o **período da série histórica**, o qual servirá para a construção das faixas de avaliação. Para tal, temos que considerar se estamos implantando a metodologia ou se já está em continuidade.

- 1 Utilizamos a série histórica do primeiro ano da gestão local municipal até o momento atual. A quantidade de dados nesse primeiro momento de implantação é indiferente, ou seja, pode ser um ano, dois ou três anos de dados. A quantidade usada pelo elaborador vai depender da disponibilidade de dados ofertados pelo sistema de informação disponível. Caso já tenha iniciado uma gestão seguinte o período dessa gestão local que vai ser o último ano do planejamento estratégico, esse período não pode ser incluído porque ele já sob a influência das variáveis impostas pelo gestor do momento.
- 2 Caso a metodologia já tenha sido implantada, o período de coleta de dados será apenas o último ano do plano de saúde local, que é o mesmo período, do primeiro ano da gestão local após a eleição. A intenção de usar apenas este um ano de avaliação, é evitar a influência de variáveis relacionadas ao gestor que acredita-se, ter grande impacto nos resultados obtidos nos anos anteriores e, que não tem mais tanta influência no gestor atual, mas o que este faz influência diretamente nos resultados da sua gestão.

7

Metodologia para definição de score de utilização

Passo1



O segundo período é o **Período de Validade** do trabalho metodológico para fins de avaliação do sistema de regulação municipal no futuro. Propõe-se que a validade dos dados será até o fim da validade dos documentos de gestão, independente do gestor: se é o anterior ou do momento, ou seja, a vigência pode ser de poucos meses ou de quatro anos da gestão seguinte. Contudo, é importante que seja dentro de cada gestão, pois neste período, ocorrem a influência de variáveis importantes, como o processo eleitoral.

É possível que haja mudança da vigência da metodologia? Sim, contanto que haja uma pactuação entre os gestores, e uma nova construção de dados poderá ser construída para uma nova vigência. Isso é interessante caso os resultados obtidos após a implantação de medidas e gerenciamentos de estratégias forem tão exitosas, que agora será necessário metas mais audaciosas para as equipes de saúde.

8

Metodologia para definição de score de utilização
Passo2

PASSO 2

Definir os agrupamentos de dados



No Passo 2, os dados serão agrupados por dois critérios: **por municípios** representando cada central de regulação e **por grupo de procedimentos de serviços** que no caso serão três: Consultas Especializadas, Exames de Imagem e Exames Laboratoriais.

A escolha de agrupar por central de regulação é que este é o limite da governabilidade da Complexo Regulador Regional. E a escolha destes procedimentos, é devido cada um deles, ter um contexto de variáveis que podem permitir a tomada de decisões que impactarão isoladamente em cada um. Visto assim, o uso desta metodologia pode ser aplicado quando uma Secretaria de Estado desejar avaliar suas centrais regionais de regulação ou um grande município quiser avaliar a suas centrais de regulação distritais, ou quando um consórcio quiser avaliar as centrais municipais que integram seu domínio, ou porque não, a variação de unidade de saúde dentro da central de regulação municipal.

Obviamente que nada impede que outros agrupamentos sejam incluídos, se for anseio da equipe de análise e se os instrumentos de gestão permitirem, por exemplo, quando as centrais de regulação municipais tiverem necessidade de avaliar cada serviço de saúde isoladamente e, se os sistemas de informação tiverem a condição de ofertar os dados. Para tanto basta seguir a lógica desta metodologia.

9

Metodologia para definição de score de utilização
Passo3

PASSO 3

Definir os limites de valor e a amplitude para cada faixa de avaliação

Para definir os limites de valor, primeiro tem-se que definir a fonte de informação dos dados. No caso será o sistema de informação SER (Sistema Estadual de Regulação) usado por todas as centrais de regulação regionais no Estado do Pará. E os dados emitidos através do Relatório de Utilização, o qual apresenta as informações da cota total por município, o total de agendamentos realizado e o total de agendamento efetivados. Estes relatórios podem ser coletados por município e por grupo de procedimentos de serviço.

Feito isso, pode-se levantar os dados de subutilização e de absenteísmo.

As fórmulas para a obtenção dos dados são as seguintes:

$$\% \text{ Subutilização} = \frac{\text{Cota Total Municipal} - \text{Agendamentos Realizados} \times 100}{\text{Cota Total Municipal}}$$

$$\% \text{ Absenteísmo} = \frac{\text{Agendamentos Realizados} - \text{Agendamentos Efetivados} \times 100}{\text{Agendamentos Realizados}}$$

Fonte: Parâmetros Assistenciais do SUS, Brasil, 2002

A metodologia usada para este momento é a que se segue:

Para a definição dos limites originais das faixas de avaliação, definem-se primeiro os limites mínimos e máximos dos valores. Para tanto, levanta-se os dados por procedimentos por município, criando uma série histórica de X meses. O limite inferior será obtido, através do menor valor atingido, acima de zero, entre todos os municípios avaliados nesse período. O limite superior seguirá a mesma lógica, sendo o maior valor obtido por qualquer município em qualquer mês avaliado. Os resultados obtidos foram os seguintes:

10

Metodologia para definição de score de utilização
Passo3

Itens	Consultas Especializadas		Exames Laboratoriais		Exames de Imagem	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Município						
Mês da informação						
Valor						

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

Não se usa valores médios porque com essa técnica se constrói resultados com valores centralizados dentro da faixa, e esse não é o objetivo, e sim conseguir o menor valor que caracterizará o limite inferior, e da mesma forma, o superior. E assim conhecer o desempenho durante um período de tempo.

8 Agora defini-se a amplitude de cada faixa e, no caso, utiliza-se a seguinte fórmula:

$$\text{Valor Amplitude} = \frac{\text{Valor Superior} - \text{Valor Inferior}}{3}$$

11

Metodologia para definição de score de utilização
Passo3

Considerando o quadro anterior de dados, os valores obtidos foram os seguintes:

SUBUTILIZAÇÃO

Itens	Consultas Especializadas		Exames Laboratoriais		Exames de Imagem	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Município	Augusto Correa	Ourém	São João de Pirabas	Viseu	Bragança	Ourém
Mês da informação	Abril	Junho	Março	Julho	Junho	Agosto
Valor(%)	11	100	2	98	11	93
Amplitude (Sup-Inf)	89		96		82	

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

ABSENTEÍSMO

Itens	Consultas Especializadas		Exames Laboratoriais		Exames de Imagem	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Município	Quatipuru	Santarém Novo	Santa Luzia do Pará	São João de Pirabas	São João de Pirabas	Bonito
Mês da informação	Setembro	Agosto	Junho	Janeiro	Abril	Junho
Valor(%)	11	60	15	97	6	75
Amplitude (Sup-Inf)	49		82		69	

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

12

Metodologia para definição de score de utilização
Passo4

PASSO 4

Definir as faixas de avaliação



Neste estudo as seguintes faixas serão usadas: ótimo, bom, regular, ruim e péssimo. Para cada faixa usa-se a seguinte referência de valores:

- Ótimo:** Valor abaixo do limite inferior original.
- Bom:** Entre o valor do limite inferior original e a soma do limite inferior original e o valor da amplitude.
- Regular:** Entre o limite superior da faixa "bom" e o limite inferior original mais o dobro da amplitude.
- Ruim:** Entre o limite superior da faixa "Regular" e o limite superior original.
- Péssimo:** Acima do valor do limite superior.

Com as categorias elencadas, é possível dar um peso para cada uma delas, em **ÓTIMO, BOM, REGULAR, RUIM e PÉSSIMO**, assim como, identificá-las com a cor **AZUL, VERDE, LARANJA, AMARELO e VERMELHO**. Dessa forma podem-se metrificar qualitativamente as **CENTRAS DE REGULAÇÃO** por completo e definir prioridades. Por exemplo, aquelas **CR** que estiverem com maior perda, com o peso **PÉSSIMO** e **RUIM** poderão ser tratadas antecipadamente, evitando maiores desperdícios de procedimentos. As de categoria **REGULAR**, com perda razoável serão tratadas em médio prazo e as que estiverem na categoria **BOA e ÓTIMA**, serão avaliadas somente anualmente, haja vista que seu escore de perda será o mínimo possível.

13

Metodologia para definição de score de utilização
Passo4

Os valores obtidos foram os seguintes para cada faixa:

SUBUTILIZAÇÃO

Faixas	Consultas Especializadas		Exames Laboratoriais		Exames de Imagem	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Ótimo		11,00		2,00		11,00
Bom	11,00	40,67	2,00	34,00	11,00	38,33
Regular	40,67	70,33	34,00	66,00	38,33	65,67
Ruim	70,33	100,00	66,00	98,00	65,67	65,67
Péssimo	100,00		98,00		65,67	

ABSENTEÍSMO

Faixas	Consultas Especializadas		Exames Laboratoriais		Exames de Imagem	
	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior
Ótimo		11,00		15,00		6,00
Bom	11,00	27,33	15,00	42,33	6,00	29,00
Regular	27,33	43,67	42,33	69,67	29,00	52,00
Ruim	43,67	60,00	69,67	97,00	52,00	75,00
Péssimo	60,00		97,00		75,00	

14

Metodologia para definição de score de utilização
Passo4

Observação Importante

Convém alertar que, em se tratando dos indicadores de subutilização e absenteísmo, quanto menor o valor nominal obtido, melhor será o desempenho do indicador, ou seja, quanto menor o valor, mais próximo de ótimo o desempenho será. Desta forma, o que faremos quando os dados coincidem com um valor limite entre duas faixas? A decisão deve ser tomada em consenso entre os gestores ou gerentes que estarão sob a avaliação dos dados. No caso optamos por premiar os entes avaliados quando eles conseguirem igualar o limite inferior, classificando-o para a faixa imediatamente mais favorável, e ao contrário, punir quando o ente avaliado obtiver o valor igual ao do limite superior, o qualificando para a faixa menos favorável.

15

Metodologia para definição de score de utilização
Passo5

PASSO 5

Pactuar a regulamentação necessária

O Planejamento e a gestão estratégica regional são feitos através de diversos elementos já consolidados há muito tempo e ativo cotidianamente visando a melhoria da prestação de serviços dentro de uma região. Isso já é consolidado no Sistema Único de Saúde há vários anos através de diversos elementos jurídicos tais como portarias e leis, entre outros. Um desses elementos, que é uma Instância de deliberação, é o Colegiado Intergestores Regional (CIR), composto por gestores da esfera estadual e municipal presentes dentro da região. Esta instância define ações que impactam no cotidiano de diversas áreas do sistema de saúde, tais como, a regulação, o planejamento, a atenção primária, entre outras áreas, e é materializado através da aprovação de ações e publicação destas, em forma de resoluções.

Nesse sentido, essa metodologia propõe que, por meio do Colegiado Intergestores Regional, sejam aprovadas resoluções divididas em duas estratégias:

A primeira será implantar uma estratégia de avaliação de longo prazo através da pactuação das metas baseadas nos indicadores de subutilização e absenteísmo, obtidos com a construção dos dados que se construiu nesse momento, com base na metodologia que está sendo usada.

Essa primeira resolução conterá a metodologia e as informações usadas para a construção dos dados, as faixas de avaliação por grupo avaliado e seus limites. Quanto a metodologia, a resolução conterá também a vigência dessa metodologia que vai ser em regra o último mês da gestão política local, e também conterá os meses de divulgação das avaliações trimestrais que subsidiarão o planejamento local. Nesse caso os meses serão maio, setembro e janeiro porque são esses os meses usados para avaliação dos relatórios trimestrais de saúde e é o momento de replanejamento de ações para o trimestre seguinte em cada município.

16

Metodologia para definição de score de utilização
Passo6

PASSO 6

Pactuar as ações necessárias

Ainda contido nas ações que necessitam de regulamentação.

A segunda estratégia é baseada na aprovação de resoluções que visam a implantação de medidas estratégicas de curto, médio e longo prazo que passem a compor as programações de saúde e o cotidiano imediato dos serviços de saúde, algo mais específico com ações mais contundentes. Como é característica destas ações serem algo mais pontual, e feito com base em avaliações mais detalhadas sobre possíveis ações, o debate coletivo é importante. Assim sugerimos que outro tipo de elemento de planejamento e gestão seja utilizado dentro do Colegiado Intergestores Regional, que são as Câmaras Técnicas.

As câmaras técnicas são formadas por técnicos que representam cada município e são ligados à área de atuação coberta pela câmara. Nesse caso sugeriremos que sejam vinculadas à área de regulação para que juntos possam debater e escolher as melhores propostas que serão colocadas para apreciação dos gestores, e se for o caso, aprovadas e publicadas em forma de resolução. Após a publicação as medidas estratégicas passam a vigorar dentro da região e, que podem ser de curto, médio ou longo prazo de acordo com as propostas construídas com as câmaras técnicas.

As possibilidades de ações podem ser as mais diversas, mas pode-se agrupar inclusive, em três grandes áreas: ações aplicadas ao usuário, aplicadas aos processos de trabalho e vinculadas ao conhecimento/aprendizagem. Para cada ação pode-se pactuar também medidas de avaliação de impacto, com indicadores específicos para cada ação, o que permitiria verificar o poder de impacto dessas ações dentro do universo dos indicadores de subutilização e absenteeismo.

17

Metodologia para definição de score de utilização
Passo6

Nesse sentido e entendendo que a Coordenação Regional tem a missão de contribuir com o melhor gerenciamento dos municípios que compõem a região de saúde, propõe-se então a utilização de duas planilhas que vão organizar o planejamento feito, tanto pela Coordenação Regional naquilo que compete a ela, quanto pelos municípios no sentido de subsidiar as tarefas relacionadas ao planejamento da programação anual de saúde de cada um.

Serão usadas 2 planilhas:

- 1 A primeira planilha condensa os itens relacionados a cada ação e permite o acompanhamento de cada uma, assim como, a sua execução.
- 2 A segunda planilha apresenta a descrição dos indicadores que dão a métrica de avaliação para cada ação.

As planilhas são:

Planilha 1: PLANO OPERATIVO

Item	Ações	Produtos	Responsáveis	Recursos	Prazo
1	A1	Prod1	Resp1	Rec1	Pr1
2	A2	Prod2	Resp2	Rec2	Pr2
3	A3	Prod3	Resp3	Rec3	Pr3
4	A4	Prod4	Resp4	Rec4	Pr4
6	A5	Prod5	Resp5	Rec5	Pr5
7	A6	Prod6	Resp6	Rec6	Pr6
8	A7	Prod7	Resp7	Rec7	Pr7
9	A8	Prod8	Resp8	Rec8	Pr8
10	A9	Prod9	Resp9	Rec9	Pr9

18

Metodologia para definição de score de utilização
Passo6

Planilha 2: MATRIZ DE INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO DO PLANO OPERATIVO

Item	Ações	Descrição	Fórmula	Cálculo	Meta	Valor Alcançado	Data Próxima Avaliação
1	A1	DESCRITOR 1					
2	A2	DESCRITOR 2					
3	A3	DESCRITOR 3					
4	A4	DESCRITOR 4					
5	A5	DESCRITOR 5					
6	A6	DESCRITOR 6					
7	A7	DESCRITOR 7					

Convém esclarecer alguns pontos da metodologia no momento de elaboração dos indicadores do plano operativo:

- 1 A obtenção dos dados dos indicadores que vão avaliar cada ação proposta no plano operativo seguirá a mesma metodologia proposta para obtenção e qualificação dos dados dos indicadores de absenteeismo e subutilização, inclusive a mesma tabela de cores.
- 2 É interessante que o complexo regulador e as centrais de regulação municipais, utilizem as mesmas planilhas de planejamento porque, de acordo com a vivência percebida, as centrais de regulação municipais têm pouca prática de planejamento e acompanhamento das suas ações e o uso promovido pelo CRP, aumentará a possibilidade de incorporação dessa prática dentro da rotina delas. Isso é essencial para a evolução positiva dos serviços e da metodologia de avaliação.
- 3 Convém ter cuidado quando se constrói os dados dos indicadores que subsidiam cada ação porque não será possível, a nosso ver, o uso do método para todos os tipos de indicadores, por exemplo, para indicadores absolutos. A métrica para obter os dados tem mais sentido com indicadores relativos como, os indicadores de absenteeismo e subutilização.

Durante a construção do plano e da definição de indicadores, é necessário que haja coerência.

19

Metodologia para definição de score de utilização
Referência Bibliográfica

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

Ministério da Saúde. Portaria nº 1101/GM de 12 de junho de 2002. Parâmetros Assistenciais do SUS. Brasil, 2002.

ROVER, M.R.M. metodologia para o desenvolvimento de um protocolo de indicadores para a avaliação da capacidade de gestão da assistência farmacêutica. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) 2016. <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/6141>. Acesso em: 15out. 2021.

_____. Controle e Avaliação, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pb-br/area-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-control-e-financiamento-da-mac/control-e-avaliacao>. Acesso em 15 de setembro de 2022.

PERERJIRA, Mateus. Indicadores de desempenho: veja como planejar suas metas de negócio. Runrun.it. Minas Gerais, junho de 2020. Disponível em: <https://blog.runrun.it/indicadores-de-desempenho>. Acesso em 12 de setembro de 2022.

20

APÊNDICE 8 – ARTIGO PUBLICADO

Research, Society and Development, v. 10, n. 7, e46210716671, 2021
(CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16671>

Estratégias para o enfrentamento do absenteísmo de pacientes em consultas e exames agendados pelos sistemas de saúde: Uma revisão integrativa

Strategies for coping with patient absenteeism in consultations and examinations scheduled by health systems: An integrative review

Estrategias para afrontar el absentismo de los pacientes en las consultas y exámenes programados por los sistemas de salud: Una revisión integradora

Recebido: 31/05/2021 | Revisado: 09/06/2021 | Aceito: 15/06/2021 | Publicado: 29/06/2021

Rejane Brandão Pinto

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9416-0864>
Fundação Santa Casa de Misericórdia, Brasil
E-mail: rejane23@unm.com

Camila de Nazaré Araújo Cardoso

ORCID: <https://orcid.org/0000-0005-3911-0584>
Universidade Federal do Pará, Brasil
E-mail: camilacbio@gmail.com

Raimundo de Jesus Picanço da Costa

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0271-3114>
Universidade Federal do Pará, Brasil
E-mail: rlpicasso@hotmail.com

Patrícia Socorro Coelho Portal

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0080-6675>
Fundação Santa Casa de Misericórdia, Brasil
E-mail: patriciaportal104@gmail.com

Simony do Socorro de Vilhena Guimarães

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3687-7829>
Fundação Santa Casa de Misericórdia, Brasil
E-mail: simony-pg@gmail.com

Michèle de Pinho Barreiros

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7444-6238>
Fundação Santa Casa de Misericórdia, Brasil
E-mail: michelpinhobarreiros@gmail.com

Ilma Pastana Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9152-3872>
Fundação Santa Casa de Misericórdia, Brasil
E-mail: ilma.pastana@scsp.br

Valéria Regina Cavalcante dos Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-1264-8125>
Fundação Santa Casa de Misericórdia, Brasil
E-mail: valreguanto@hotmail.com

Resumo

Objetivo: identificar os fatores que influenciam nas faltas de pacientes às consultas e exames agendados pelos sistemas de saúde, bem como analisar as principais estratégias adotadas para reduzir o absenteísmo. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa com abordagem qualitativa, onde foi realizado um levantamento bibliográfico dos últimos anos nas bases de dados LILACS, MEDLINE e SciELO, bem como na biblioteca virtual Google Scholar. **Resultado:** Os artigos revelaram uma multicausalidade de fatores que geram absenteísmo, os quais pode-se citar o tempo de espera, esquecimento, falhas na comunicação, e barreiras socioculturais e econômicas. As principais medidas estratégicas incluem melhoria do acesso aos usuários, redução das filas de espera, comunicação eficiente, e fortalecimento da Regulação assistencial. **Conclusão:** acredita-se que a redução nas perdas por absenteísmo de pacientes deve partir de abordagens mistas, de acordo com as necessidades da população envolvida, facilitando cancelamentos sempre que necessário, observando a qualidade na comunicação, considerando a integração entre atenção básica e especializada.

Palavras-chave: Atenção à saúde; Agendamento de consultas; Acesso aos serviços de saúde; Absenteísmo; Revisão sistemática.

APÊNDICE 9 – CERTIFICADO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

AI Publications



International Journal of Advanced Engineering, Research and Science (IJAERS)

ISSN : 2349-6495 (P) | 2456-1908 (O)

Letter of Acceptance (LOA)

Ref. IJAERS/09202252

Date: September 18, 2022

To,

Rejane Brandão Pinto,

Department of Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), Belém – Pará, Brazil.

Subject: Letter of Acceptance (LOA) for Publication

Dear Sir / Madam,

We are pleased to inform that your manuscript entitled "Study on absenteeism and underuse of specialized consultations and exams in the municipalities of the Rio Cuetés Region, Pará, Amazon" has been approved for publication in International Journal of Advanced Engineering Research and Science, ISSN: 2349-6495(Print)| 2456-1908(Online), DOI: 10.22161/ijaers.

IJAERS Journal is a Refereed/Peer Reviewed International Journal published monthly by AI Publications

Author's Name: Rejane Brandão Pinto, Ilma Pastana Ferreira, Heliana Helena de Moura Nunes, Silvia Ferreira Nunes, Roseane Gomes Alves Lopes, Valéria Regina Cavalcante dos Santos

Publication Edition: September, 2022 (Vol-9, Issue-9).

Thanking You,



Editor-In-Chief

International Journal of Advanced Engineering Research and Science (IJAERS)

AI Publications, Building No: 104/110, Street-Sanganer, City-Jaipur, India, Website: www.ijaers.com

Email: editor.ijaers@gmail.com, editor@ijaers.com