



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

PRISCILA ROSSANY DE LIRA GUIMARÃES PORTELLA

**Regulação assistencial: um estudo de caso da fila de espera e absentismo na Unidade
Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE) – Petrolina/PE**

Recife
2019

PRISCILA ROSSANY DE LIRA GUIMARÃES PORTELLA

**Regulação assistencial: um estudo de caso da fila de espera e absenteísmo na Unidade
Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE) – Petrolina/PE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^ª Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Coorientador: Prof. Dr. Ronald Pereira Cavalcanti

Recife
2019

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Elaine Freitas CRB 1790

P813r	<p>Portella, Priscila Rossany de Lira Guimarães Regulação assistencial: um estudo de caso da fila de espera e absenteísmo na Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE) – Petrolina/PE / Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella. – 2019. 97 f.</p> <p>Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2019. Inclui referências, apêndices e anexos.</p> <p>1. Regulação assistencial. 2. Atenção secundária à saúde. 3. Listas de espera. 4. Absenteísmo. 5. Gestão em saúde. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (Orientadora). II. Título.</p>	
614	CDD (23.ed.)	UFPE (CCS2020-227)

PRISCILA ROSSANY DE LIRA GUIMARÃES PORTELLA

**Regulação assistencial: um estudo de caso da fila de espera e absenteísmo na Unidade
Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE) – Petrolina/PE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 30/08/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Examinador Interno/UFPE

Prof^o. Dr. Petrônio José de Lima Martelli
Examinador Interno/UFPE

Dr. Tiago Feitosa de Oliveira
Examinador Externo/HCPE

Dr. Carlos Renato dos Santos
Examinador Externo/UFPE CAV

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de mestrado é o produto de muitas horas dedicadas ao trabalho, assim sendo, foi necessário o envolvimento de várias pessoas e instituições, para a efetivação desse sonho. Neste espaço considero importante expressar a minha gratidão as pessoas que me ajudaram a conquistar mais um grande passo da minha história.

À orientadora desta dissertação a professora Doutora Adriana Falangola, pela dedicação prestada, pelo seu incentivo e seus maravilhosos direcionamentos. Aqui lhe oferto a minha gratidão.

Agradeço ao coorientador, professor Doutor Ronald Pereira Cavalcanti, pelo seu estímulo, conselhos e suporte durante a construção deste trabalho.

Ao professor Doutor Carlos Renato agradeço por todo conhecimento compartilhado.

Aos amigos da Secretaria de Saúde Estadual de Pernambuco e colegas da turma de mestrado 2017 que auxiliaram na estruturação deste trabalho, pelo ânimo que proporcionaram em momentos difíceis. Deixo aqui os meus agradecimentos.

Não poderia deixar de agradecer aos professores, coordenadoras, colegas e secretários do programa PPGSC que contribuíram para o meu processo de formação profissional e acadêmico.

Com a intenção de encerrar com êxito, quero agradecer a Deus e a minha família, a quem dedico este trabalho, por todo investimento sacrificado e apoio que habitualmente dedicam a mim. Registro que, a obtenção deste título seria impossível sem vocês. Por isso, mais uma vez, muito obrigada!

RESUMO

A efetivação de Redes de Atenção à Saúde depende, em parte, do funcionamento adequado da regulação assistencial. A dificuldade no acesso aos serviços, sobretudo da atenção secundária e terciária, é um problema desde a criação do Sistema Único de Saúde, e também, presente em outros países. Longas esperas e o não comparecimento do usuário ao atendimento especializado são fatores que merecem destaque na gestão da regulação assistencial. Nesse contexto, este estudo analisou fatores associados à fila de espera e absenteísmo de consultas especializadas. Trata-se de um estudo analítico, de abordagem quantitativa, de corte temporal transversal, realizado a partir de dados secundários da Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE), no município de Petrolina (PE), no período de 2014-2017. Os dados foram analisados com o uso do software R3 por meio dos pacotes base, factoMineR e factoextra e todos os testes foram realizados com nível de significância de 5%. Os principais resultados revelam que a probabilidade de absenteísmo para consultas especializadas é de 31,4%, e quanto maior o tempo de espera, a probabilidade do não comparecimento do usuário ao serviço aumenta. Considerando a especialidade fisioterapia, quando o tempo de espera ultrapassa 60 dias, a probabilidade do absenteísmo pode atingir 56,46% para o sexo masculino e 55,03% para o feminino. Logo, investir em estratégias que reduzam a espera em filas por longos períodos de tempo, repercutirá na diminuição do absenteísmo na atenção ambulatorial especializada, bem como trará, possivelmente, benefício em relação ao custo de funcionamento do sistema de saúde, para o desempenho no cuidado, para a resolutividade e satisfação do usuário.

Palavras-chave: Regulação Assistencial. Atenção secundária à saúde. Listas de Espera. Absenteísmo. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The implementation of the of Health Care Networks, among other elements, depends on the proper functioning of healthcare regulation. The difficulty in accessing services, especially regarding secondary health care, has been characterized as a problem since the creation of the Unified Health System. Long waits and non-attendance of users to specialized care are factors that deserve attention in management. of care regulation. In this context, this study analyzed factors associated with the waiting list and absenteeism of specialized appointments. This is a quantitative cross-sectional study, based on secondary data from the Pernambuco Specialized Care Unit, in the municipality of Petrolina (PE), in the period 2014-2017. Data were analyzed using R3 software using base packages, factoMineR and factoextra and all tests were performed at 5% significance level. The main results show that the probability of absenteeism for specialized appointments is 31.4%, and the longer the waiting time, the probability of the user not attending the service increases. Considering the specialty physiotherapy, when the waiting time exceeds 60 days, the probability of absenteeism can reach 56.46% for males and 55.03% for females. Investing in strategies that reduce queuing for long periods of time will have a reduction in absenteeism in specialized outpatient care, and possibly bring benefits in relation to the cost of operating the health system, the resoluteness of the therapeutic project adopted, with consequent positive repercussions on user satisfaction.

Keywords: Assistance regulation. Secondary health care. Waiting Lists. Absenteeism. Health Management.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 –	Regiões de Saúde do estado de Pernambuco.....	38
Gráfico 01 -	Comportamento das especialidades solicitadas, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.....	41
Gráfico 02 -	Demanda reprimida das solicitações de consultas especializadas, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.....	42
Gráfico 03 -	Comportamento diário entre as consultas realizadas e as perdidas, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.....	42
Gráfico 04 –	Distribuição de probabilidade acumulada entre oferta e demanda de consultas especializadas, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.....	44
Gráfico 05 –	Distribuição acumulada entre oferta e demanda de consultas especializadas, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.....	45
Gráfico 06 -	Análise de componentes principais, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.	52
Quadro 01 -	Parametrização e significância no modelo de regressão logística.....	62
Gráfico 07 -	Probabilidades de absenteísmo segundo consultas especializadas, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.....	62
Gráfico 08 -	Probabilidades de absenteísmo segundo tipos de unidades solicitantes, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.....	63
Gráfico 09 -	Probabilidade de absenteísmo para consultas de Fisioterapia e Urologia, respectivamente, segundo a faixa etária, considerando o tipo de unidade solicitante, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.....	64
Gráfico 10 -	Probabilidades de absenteísmo para consultas especializadas segundo o tempo de espera, considerando o tipo de unidade solicitante, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.....	64
Gráfico 11 -	Probabilidades de absenteísmo para as consultas de Fisioterapia e Urologia, respectivamente, segundo o tempo de espera, considerando o tipo de unidade solicitante, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.....	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Quantidade dos profissionais por categoria, UP AE Petrolina/PE.....	39
Tabela 02 -	Percentual das consultas reguladas pelo CMCE considerando a produção obtida pelo SIA, realizada na UP AE Petrolina/PE.....	40
Tabela 03 -	Percentual ofertado de consultas especializadas em relação à demanda, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.....	43
Tabela 04 -	Taxa de absenteísmo nas especialidades, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.....	47
Tabela 05 -	Taxa de absenteísmo nas especialidades, considerando a idade, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.....	48
Tabela 06 -	Taxa de absenteísmo nas especialidades, considerando o tipo de unidade de saúde solicitante, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.....	49
Tabela 07 -	Taxa de absenteísmo nas especialidades, considerando o tempo de espera, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.....	50
Tabela 08 -	Significância das Variáveis.....	61
Tabela 09 -	Probabilidades de absenteísmo por especialidade demandada, conforme tempo de espera e idade, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE....	66

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	14
2.1	OBJETIVO GERAL.....	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	15
4	MÉTODO.....	33
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	33
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	33
4.3	PERÍODO DE REFERÊNCIA.....	33
4.4	COLETA DE DADOS.....	33
4.5	BANCO DE DADOS.....	34
4.6	CRITÉRIO DE INCLUSÃO.....	34
4.7	CRITÉRIO DE EXCLUSÃO.....	34
4.8	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	34
4.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	35
5	RESULTADOS.....	36
5.1	ARTIGO 01 – ABSENTEÍSMO ÀS PRIMEIRAS CONSULTAS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA EM UM MUNICÍPIO BRASILEIRO DE GRANDE PORTE: UM ESTUDO TRANSVERSAL.....	36
5.2	ARTIGO 02 – PROBABILIDADE DE ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL DE ESPECIALIDADES EM UM MUNICÍPIO BRASILEIRO DE GRANDE PORTE.....	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
	REFERENCIAS.....	72
	APÊNDICE A – INFORMAÇÕES DOS MUNICÍPIOS DA IV MACRORREGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO.....	81
	APÊNDICE B – CARACTERÍSTICAS DAS ESPECIALIDADES DA UPAE PETROLINA/PERNAMBUCO.....	82
	APÊNDICE C – ABSENTEÍSMO NA FAIXA ETÁRIA DE ATÉ 20 ANOS.....	83

APÊNDICE D – ABSENTEÍSMO NA FAIXA ETÁRIA DE 21-40 ANOS.....	84
APÊNDICE E – ABSENTEÍSMO NA FAIXA ETÁRIA DE 41-60 ANOS.....	85
APÊNDICE F – ABSENTEÍSMO NA FAIXA ETÁRIA DE MAIS DE 60 ANOS.....	86
ANEXO A – INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES (REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA).....	87
ANEXO B - CHAMADA PÚBLICA FACEPE 10/2017.....	96
ANEXO C - COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO AO COMITÊ DE ÉTICA.....	97

1 INTRODUÇÃO

A regionalização protagoniza o cenário da política de saúde como lógica de governança potente para a universalidade, igualdade e solidariedade, com o intuito de priorizar ações para lidar com as desigualdades políticas, territoriais, geográficas, sociais e econômicas no âmbito da saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Compreendida como um processo político, a regionalização da saúde envolve a partilha do poder entre governo, organizações públicas e privadas, e cidadãos. Configura a região como o principal centro integrador das referências entre os serviços das esferas subnacionais, e abarca a formulação de ferramentas e instrumentos para mediar e implementar o planejamento, gestão, integração, regulação e financiamento (VIANA; LIMA, 2011; SANTOS; CAMPOS, 2015; VIANA, 2017).

Do ponto de vista da integração do cuidado de diferentes níveis de atenção e dentro do mesmo nível no Sistema Único de Saúde, o Decreto 7.508/11, principal normatização ministerial para a regionalização, reafirma o compromisso acerca da organização das ações e serviços em saúde mediante a definição das regiões de saúde e da configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010; BRASIL, 2015).

No SUS definiu-se que a organização da assistência dentro dos sistemas de saúde seria operada pelas redes, propondo à construção de sistemas integrados de saúde (VIANA, 2018). As redes passaram a ter uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde e facilitadoras da integração do ponto de vista do processo de territorialização. No Brasil, esse processo se iniciou nos anos 2000, com objetivo de regionalizar o sistema de saúde, e dez anos mais tarde, pela introdução das RAS, como mecanismo de construção de sistemas integrados de saúde (VIANA, 2017).

Para analisar o processo de regionalização e constituição das RAS no SUS é importante considerar a) uma visão integrada de sistemas de saúde e determinantes sociais, com intervenções intersetoriais de diferentes tipos operadas por uma multiplicidade de agentes e instituições; b) definição dos padrões de contratualização entre público e público e entre o público e privado, dado o acelerado processo de empresariamento da assistência pelo setor público; c) introdução de um novo paradigma tecnológico visto que a conectividade, integração e regulação pressupõem o uso de um novo arcabouço tecnológico com uso intensivo de novos dispositivos e plataformas, como telessaúde; d) os novos e complexos

contornos da regulação, que se definem pela clássica regulação do acesso e pela regulação de profissionais e prestadores (serviços), regulação assistencial ou do cuidado e ainda requer novos instrumentos que avancem na regulação da qualidade e segurança da assistência (VIANA, 2017; VIANA, 2018).

O funcionamento operacional e logístico das RAS depende, dentre outros elementos, da regulação assistencial. Esta tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS (BRASIL, 2008). A regulação assistencial compõe uma complexa realidade gerencial que atua sobre uma mesma rede ofertada, de maneira direta ou indireta, merecendo estudos que identifiquem limites e potencialidades.

A regulação assistencial pode ser analisada como marcador para um estudo de regionalização em saúde, sendo compreendida, como estratégia de governança – dimensão governamental, abrangendo pactuações entre gestores estatais e organizações civis – e pelo conceito de “agir leigo” do usuário na construção social do processo regulatório do cuidado em saúde.

A estratégia de governança de uma regional interestadual possui características próprias se comparadas com outras regiões (distrital, municipal, intermunicipal), havendo uma sobreposição de dificuldades, o que aumentam os desafios. Do ponto de vista de uma rede usuário-centrada, destaca-se a dificuldade de acesso ao sistema de marcação de consultas especializadas (AGUILERA, FRANCA, MOYSES e MOYSES, 2013).

O difícil acesso às consultas ocorre, em parte, numa perspectiva quantitativa, devido a uma oferta inferior à demanda, o que gera longas esperas para o atendimento, com agravamento do estado de saúde (SERRA e RODRIGUES, 2010; LAROQUE, FASSA e CASTILHOS, 2015; CONILL, GIOVANELLA e ALMEIDA, 2011). Outro fator que contribui para as longas esperas, diz respeito ao absenteísmo.

Sobre o absenteísmo encontram-se taxas variando em consultas especializadas de 18% (LAROQUE, FASSA, CASTILHOS, 2015) a 41,2% (CAVALCANTI, CAVALCANTI, SERRANO, SANTANA, 2013), o que revela ser um evento de impacto para a ampliação de ofertas e aumento de eficiência, merecendo destaque na gestão da regulação assistencial.

Pensando nisso, este trabalho se propõe a analisar fatores associados à fila de espera e absenteísmo de consultas especializadas na Unidade Pernambucana de Atenção Especializada de Petrolina-PE.

Atendendo a orientação do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, os resultados da pesquisa serão apresentados no formato de 02 artigos. O primeiro intitulado

“Absentéismo às primeiras consultas na atenção ambulatorial especializada em um município brasileiro de grande porte: um estudo transversal”, a ser enviado à Revista Ciência & Saúde Coletiva (Anexo A); o segundo, com o título “Probabilidade de absenteísmo ambulatorial de especialidades em um município brasileiro de grande porte”, adequado às orientações da Revista Ciência & Saúde Coletiva (Anexo A).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a fila de espera e absenteísmo de consultas especializadas da UPAE – Petrolina/PE.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear cenário da fila de espera em serviço de atenção ambulatorial de consultas especializadas.
- Identificar a situação do absenteísmo de consultas especializadas.
- Analisar causas associadas à fila de espera e absenteísmo de consultas especializadas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 BREVE HISTÓRICO DO PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

A proposta de descentralização da política de saúde, no Brasil, ocorreu no final do século XX, na década de 1990, com a entrada da política municipalista do Sistema Único de Saúde (SUS), através da regulamentação das Normas Operacionais Básicas (NOB). Já em 1963 a III Conferência Nacional de Saúde visava a municipalização dos serviços de saúde e a promoção de técnicas de planejamento ascendentes no setor saúde (SCOREL; TEIXEIRA, 2008). Essa proposta, interrompida pelo golpe militar, é retomada no contexto da reforma sanitária, a partir da Assembleia Nacional Constituinte de 1987.

Durante a IX Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1992, ainda notava a tônica indicando que o melhor caminho para o SUS deveria ser por meio da municipalização. Contudo ao decorrer dos anos, em 2014, o processo de descentralização da saúde no Brasil foi analisado e observou-se que a municipalização colaborou à fragmentação do sistema. Atualmente, os pesquisadores apostam que a “regionalização é o caminho” (CAMPOS, 2014; SANTOS; CAMPOS, 2015).

O processo de regionalização da assistência à saúde, organizado por meio das ações e serviços em redes assistenciais integradas e hierarquizadas, está previsto na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990 como meio para auxiliar a descentralização político-administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS). A regionalização vem se efetivando por meio dos diferentes mecanismos e instrumentos normativos da implementação do sistema. Sendo assim, foram publicadas três diretrizes nacionais de regionalização do SUS: a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/2001 (BRASIL, 2001); o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a); e o Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011).

A ênfase política e normativa da regionalização aconteceu mais de uma década depois da Constituição, com a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01). Tal diretriz define a região de saúde e traz contribuições na equidade na alocação de recursos e no acesso às ações e serviços de saúde, assim como, nas estratégias de reorganização do SUS, objetiva fortalecer o papel dos estados, pretende garantir a integralidade da assistência e busca consolidar a atenção básica como a porta de entrada do usuário ao SUS. Essa normativa institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento da regionalização da assistência nos estados. Dessa forma a regionalização foi definida, então, como macro estratégia para aprimorar a descentralização.

Mas devido ao excessivo grau de normatização e a rigidez dos processos, essa norma foi substituída pelo Pacto pela Saúde em 2006 (DOMINGUEZ, 2014).

No Pacto pela Saúde 2006, a ideia da regionalização abrange para além da assistência e mostra-se como eixo estruturante do Pacto de Gestão, colaborando em potencializar o processo de descentralização e fortalecer o papel de gestor dos estados e municípios. As diretrizes objetivam facilitar a construção de redes de serviços, sendo a regionalização o eixo estruturante de uma de suas três dimensões – o Pacto de Gestão do SUS – devendo, portanto, orientar o processo de identificação de Regiões de Saúde, nas quais as ações e serviços estariam organizados de forma a garantir o direito da população à assistência às necessidades de saúde além de potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores, com vistas a gestão compartilhada por meio da estruturação dos Colegiados de Gestão Regional (DOMINGUEZ, 2014).

Além de considerar os objetivos propostos pelo Pacto, o Decreto nº 7.508 ampliou-os significativamente, conferindo maior complexidade técnica, política e normativa ao processo de regionalização. Este decreto foi homologado em 2011, regulamenta a Lei nº 8.080/90 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, o qual determina que para ser instituída uma Região de Saúde é preciso conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011a).

A Região de Saúde, conforme disposto no Decreto nº 7.508/11, um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos 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.

As regiões se caracterizam de acordo com as seguintes modalidades:

- I. Regiões Intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado;
- II. Regiões Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional;
- III. Regiões Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados;
- IV. Regiões Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos.

As regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma região, conformando uma macrorregião. As macrorregiões são arranjos territoriais que

agregam qualquer modalidade de mais de uma região de saúde, tem o objetivo de organizar ações e serviços de média e alta complexidade, visando complementar a atenção à saúde das populações desses territórios. Deve considerar, os critérios de acessibilidade entre as regiões agregadas e seus desenhos precisam constar no Plano Diretor de Regionalização (PDR) do(s) estado(s) envolvido(s). Assim, uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) se completa na macrorregião admitindo o princípio da suficiência, em que as ações e serviços estejam disponíveis em quantidade e qualidade para atender as necessidades de saúde da população (MENDES, 2011).

A região de saúde interestadual é composta, por municípios territorialmente adjacentes, com áreas limítrofes pertencentes a estados diferentes. É função dos gestores municipais e estaduais dos municípios identificarem a região de saúde e formar seu Colegiado de Gestão Regional. Este, por sua vez, informa às respectivas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e no que lhe concerne a reconhecem comunicando o fato à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) assim como ao Ministério da Saúde, para que façam o acompanhamento (BRASIL, 2006a). No Brasil, são três as Regiões Interestaduais de saúde (Região Interestadual PEBA, Região Interestadual do Bico do Papagaio, Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno), sendo a Macrorregião do Vale do Médio São Francisco (Pernambuco e Bahia) a pioneira.

A região de saúde depende das características das redes de serviços, pois estas são o grande instrumento para integrar serviços e ações assistenciais e criar uma solidariedade organizacional entre lugares, concretizando a divisão territorial e regional do trabalho na saúde. A regionalização surgiu como uma diretriz que busca reverter a lógica fragmentada, competitiva, desigual e desordenada de conformação do SUS.

3.2 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde brasileiro acumula inegáveis conquistas desde sua criação, em 1988, porém, existem evidências notáveis sobre as fragilidades que ainda permeiam o sistema. Superar a intensa fragmentação das ações e serviços prestados ainda é o maior entrave para progredir em relação a efetividade do pleno direito a saúde de forma digna e com qualidade para todos os usuários. Sendo assim, a busca pela superação dos desafios se torna imperativo encontrar soluções que promovam a integração do sistema. A proposta das Redes de Atenção à Saúde tem esse intuito, pois são redes integradas de serviço à saúde.

Mattos (2006), afirma que redes integradas são desenhos de políticas específicas que visam responder determinados problemas de saúde, que afligem certos grupos populacionais.

A estratégia é identificar o que a população necessita; quais são suas reais necessidades e planejar qual a forma mais eficiente de trazer a solução. Aqui a análise geográfica, sociológica, antropológica é fator decisivo, uma vez que as problemáticas de saúde variam de acordo com as características da região, da população, situação epidemiológica, etc.

Conforme Rosen e Ham (2008) as redes são sistemas assistenciais organizados em linhas articuladas de ações e serviços de saúde que objetivam promover a integração resultando na atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e solidária, suficientes em responder às necessidades de saúde individuais e coletivas no âmbito local e regional.

Mendes (2007) aponta que as redes de atenção à saúde se formam com propósito de atender a política de interesses comuns entre atores e instituições. Em 2010 Mendes (p. 2300) define as redes de atenção à saúde como:

“...organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.”

A partir das consultas aos países latino-americanos, em 2010, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) definiu o conceito de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) com o objetivo de servir como referencial conceitual para as políticas públicas de saúde dos países da região (OPAS, 2010). A OPAS compatibilizou o conceito de RISS com o processo de regionalização proposto no Pacto pela Saúde no Brasil, utilizando o termo Redes de Atenção à Saúde (RAS) como sinônimo de RISS.

“...uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2010, p. 09).”

O Sistema Único de Saúde, no âmbito do planejamento regional, sofreu influência internacional de duas correntes dominantes sobre os paradigmas de rede de saúde. Uma de origem inglesa e a outra de origem norte-americana. A primeira possuía a proposta das redes assistenciais organizadas de forma regionalizadas e hierarquizadas. A segunda corrente, gestada no ambiente de um sistema segmentado e hegemonicamente do setor privado, com a proposta de sistemas integrados de saúde, dos Estados Unidos foi levada, a sistemas de saúde públicos e privados de outros países (MENDES, 2007), foi adaptada para o Brasil a partir do

conceito de redes de atenção à saúde (OPAS, 2010; MENDES, 2010; KUSCHINIR& CHORNY, 2010).

No início dos anos 90, o pesquisador Stephen Shortell propôs uma análise empírica sobre o sistema de saúde dos Estados Unidos, na qual foram identificadas fortes evidências de fragmentação. O pesquisador apontou as fragilidades nos sistemas de informação, na baixa produtividade dos serviços hospitalares, na pouca integração entre as lideranças, no crescimento da participação dos médicos, no fortalecimento dos investimentos financeiros e de tecnologia. A partir disso houve os primeiros moldes de Redes Integradas de Saúde se formavam como entidades responsáveis pela atenção e implementação de processos organizados de melhoria da saúde, redução dos custos e consolidação dos resultados (MENDES, 2011).

A proposta de origem inglesa que tratava da organização de redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas sugerida pelo o Relatório Dawson, foi engavetada e posteriormente retomada pelo Relatório Beveridge, em 1942, Além de se tornar uma referência do planejamento dos sistemas universais de saúde, também embasou a primeira diretriz de regionalização do SUS, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas 01/2001). Na sequência, a transição entre a ideia de redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas e o conceito de rede de atenção à saúde – que estava sendo difundido internacionalmente pela Organização Mundial da Saúde e pela Organização Pan-americana de Saúde – foi representado pelo documento Pacto pela Saúde. Após isso, em 2010, com a publicação da Portaria 4.279/MS, ocorreu a efetiva institucionalização do conceito e das diretrizes para a conformação das redes de atenção à saúde no SUS, influenciando, as diretrizes de regionalização apresentadas no Decreto 7.508 de 2011 (ALBUQUERQUE, 2013).

Mendes (2007) aponta que na América Latina, a experiência sobre as RAS que se destacam por sua solidez é a experiência chilena. O Governo chileno acredita na potencialidade que uma rede integrada de saúde pode proporcionar ao desenvolvimento do país, a rede eficiente deve abarcar três aspectos: o político, o social e o cultural. Pois, além de promover resultados mais satisfatórios da assistência a saúde do usuário, ainda apresenta redução dos custos para o sistema. A experiência dessa estratégia funcionou como inspiração aos países da América do Sul, inclusive o Brasil.

A regionalização no Brasil surgiu por meio da experiência pioneira baseada na concepção de sistemas integrados de saúde, por meio da microrregionalização cooperativa, no estado do Ceará, no ano de 1998, com o apoio do Reino Unido (KEINERT,2001; MENDES,

2003; SILVA, 2004; LOPES, 2007). No ano de 2001, o município de Curitiba foi a primeira experiência de implantação do sistema integrado de saúde com redes de atenção à saúde. O Estado de Minas Gerais foi o primeiro a formular uma política de redes de atenção à saúde, em 2006. Com isso, resultou-se a revisão da regionalização da saúde, e houve a incorporação dos princípios de estruturação das redes: escala, escopo, qualidade e acesso (MENDES, 2007; PEREIRA, 2009).

A concretização da institucionalização das redes assistenciais regionalizadas foi introduzida na política nacional, em 2001, a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). O termo utilizado foi *rede regionalizada e hierarquizada de serviços* e focou na garantia do princípio doutrinário da integralidade com a definição dos fluxos de referência e contra-referência intermunicipais. Isso contribuiu com o desenho regional, pois a existência de certa capacidade instalada em média complexidade e de fluxos intermunicipais eram critérios pré-determinantes da regionalização da saúde. Os estados assumiram a responsabilidade de conformação das redes regionalizadas e hierarquizadas, enquanto a conformação da rede de atenção básica recaiu sobre o nível municipal (ALBUQUERQUE, 2013).

A rede regionalizada e hierarquizada, na NOAS, aparece intimamente conectada à capacidade de oferta de serviços e à racionalidade da regulação dos fluxos assistenciais, é importante considerar que os fluxos assistenciais não estruturam redes, igualmente acontece com o sistema de regulação. Eles necessitam de uma série de mecanismos que auxiliem na coordenação, instituições, financiamento, informação, gestão, regulação, hierarquização e tecnologias, constituindo subsistemas técnicos e políticos assistenciais.

O Pacto pela Saúde 2006 não proporcionou uma definição embasada de rede de saúde ou então as diretrizes para sua estruturação. A inovação nesse aspecto foi respectiva a atualização da nomenclatura, que apontava influência na política nacional brasileira, dos debates internacionais promovidos pela OMS sobre a questão dos sistemas integrados de saúde e das redes integradas de saúde. Sendo assim, a *rede de atenção à saúde* e suas variações como: redes regionalizadas de atenção à saúde; rede regional de ações e serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2006b).

Isso expressou que a mudança conceitual na política nacional, em momentos posteriores iria se consolidar com a publicação da Portaria 4.279, em 2010, do Decreto 7.508, em 2011 e das portarias referentes às redes temáticas de atenção à saúde é que se inicia um processo mais efetivo de estruturação de redes assistenciais regionalizadas, amparada por definições e instrumentos específicos. De acordo com a Portaria 4.279, em 2010, a “Rede de

Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Segundo Mello (2009), a Rede Integrada de Serviço à Saúde, é constituída por três elementos: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. Para a determinação da população na elaboração de uma RAS se faz necessário análise do público alvo, pois auxilia no planejamento de como será a execução do serviço. Fatores como tamanho da população, perfil epidemiológico, condições sanitárias, situação de moradia e trabalho, definição da região de saúde são relevantes para a construção de um desenho eficaz de rede integrada.

A estrutura operacional é formada pelos pontos de atenção das redes e pelas ligações materiais e imateriais que criam um meio de comunicação entre as pontas das redes, a fim de ofertar serviços de saúde. São cinco os elementos que compõem uma estrutura operacional de RAS: A APS – Centro de Comunicação; Pontos de atenção à saúde secundários e terciários; Sistemas de apoio; Sistemas logísticos; Sistemas de governança (BRASIL, 2010).

A atenção primária à saúde tem papel fundamental na estruturação das RAS, é o primeiro contato do paciente com os serviços de saúde, atua como ordenadora e coordenadora dos fluxos e contra-fluxos do cuidado. Faz a ligação com os demais pontos da rede a fim de garantir a continuidade do serviço ao paciente (BRASIL, 2010).

Somente os serviços de APS não são suficientes para atender as necessidades de cuidados em saúde da população, o paciente pode seguir para um ponto de atenção secundário (hospital polo, unidade de pronto atendimento ou hospital municipal) ou terciário (hospital geral ou especializado). Os pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas servem de apoio aos serviços da APS, com ações especializadas em nível ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico (BRASIL, 2010).

Os sistemas de apoio são locais que prestam serviços a todos os demais pontos de uma rede. São constituídos por 3 sistemas principais: sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2010).

Os sistemas logísticos são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, voltadas para promover a eficaz integração e comunicação entre pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio. Podem referir-se a pessoas, produtos ou informações, e estão fortemente ligados ao conceito de integração vertical. Os sistemas logísticos são: identificação do usuário por meio do Cartão Nacional do SUS; prontuário clínico; sistema de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte (BRASIL, 2010).

O sistema de governança da RAS propõe envolver diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada. O Colegiado de Gestão Regional e as Comissões Intergestoras desempenham papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos sempre com o foco de buscar a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região (BRASIL, 2010).

Considerando que a governança das RAS é responsabilidade dos três entes federativos e negociada nos espaços colegiados de gestão do SUS, é coerente que deve ser realizada por meio de arranjos interfederativos. São as Comissões Intergestoras que se materializam: no plano nacional, na Comissão Intergestores Tripartite; nos estados, nas Comissões Intergestores Bipartite; e nas regiões de saúde, nas Comissões Intergestores Regionais. Os autores Santos & Andrade usam o conceito de *Redes assistenciais interfederativas*, salientando que elas partem do conceito de redes de atenção à saúde, mas não se restringe a estas. Pois se trata da compreensão de que as RAS, em sua conformação, depende das redes interfederativas, ou seja, a ‘gestão’ intergovernamental no SUS, e não apenas relações entre os governos (SANTOS & ANDRADE, 2011).

O último elemento que constitui uma RAS é o Modelo de atenção à saúde. Segundo Mendes (2011, p. 209) é:

“Um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações (grupos) estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade”.

Ou seja, é a lógica adotada pelos gestores para atender, de forma condizente com o atual cenário de tripla carga de doenças, às demandas de saúde da população local. Os modelos de atenção à saúde, foco prioritário as condições crônicas e não somente as condições agudas, devem subsidiar toda a formação e implantação das RAS.

A rede interfederativa difere da rede de serviços, a primeira incorpora por inteiro a segunda. A rede de serviços irá conter centros de saúde, unidades hospitalares, tecnologias, profissionais; a rede interfederativa conterá colegiados de gestão e atores políticos, ou seja, tomadores de decisão sobre o planejamento integrado, financiamento compartilhado, prestação de serviços em rede, fiscalização. A rede interfederativa engloba todas as formas das redes de serviços, e pode ser explicada como a conexão entre tudo o que corrobora para

que se efetive as ações e serviços de saúde. Contempla todos os níveis de gestão, do Nacional ao Municipal e pode, ainda, se organizar por regiões interestadual, metropolitana, regional e intermunicipal (SANTOS & ANDRADE, 2011).

3.3 INTEGRAÇÃO ENTRE A REDE INTERESTADUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO VALE DO MÉDIO SÃO FRANCISCO - REDE PERNAMBUCO/BAHIA

No início dos anos 2000 foi criada a Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) Petrolina-Juazeiro, por meio da Lei Complementar (BR) nº 113, de 19 de setembro de 2001, regulamentada pelo Decreto nº 4.366, de 9 setembro de 2002. Essa região abrange os municípios de Lagoa Grande, Orocó, Petrolina, Santa Maria da Boa Vista, em Pernambuco e pelos municípios de Casa Nova, Curaça, Juazeiro e Sobradinho na Bahia. A RIDE Petrolina-Juazeiro surgiu da Política Nacional de Desenvolvimento Regional, no plano de desenvolvimento da região, foram priorizadas as atividades relacionadas ao turismo, agricultura, ciência e tecnologia.

Posteriormente, em 2008 ocorreu a implantação da rede de atenção à saúde regional que integra dois estados nordestinos – Pernambuco e Bahia – surgiu a partir da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco, envolvendo inicialmente as duas principais cidades Petrolina (PE) e Juazeiro (BA) no tocante a articulação de ações e serviços de saúde. Na configuração de região interestadual, é considerada pioneira no Brasil. Durante o processo de implantação foram incluídos outros municípios de ambos os estados, o desenho da região foi formado por seis microrregiões de saúde, sendo três no estado da Bahia (Senhor do Bonfim, Juazeiro e Paulo Afonso) e três em Pernambuco (Ouricuri, Petrolina, Salgueiro) (PERNAMBUCO, 2014; GONÇALVES, 2018).

A VIII Gerência Regional de Saúde (Geres) é a unidade administrativa da Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Pernambuco responsável pelo apoio técnico e operacional aos municípios que formam a microrregião de Petrolina, a saber: Afrânio, Dormentes, Cabrobó, Orocó, Santa Maria da Boa Vista e Lagoa Grande. Além dos serviços municipais a região conta com serviços estaduais do Hospital Dom Malan, da Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE), do Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE) e do Hemocentro Regional. Segundo Pereira (2017), a região de Petrolina faz parte do grupo com médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços de saúde, com um perfil prestador ambulatorial de média complexidade, predominantemente público, e privado na atenção ambulatorial de alta complexidade. Também conta com uma central de regulação de urgências médicas e quatro centrais de regulação.

Em 2017 a RAS formada possuía 365 estabelecimentos, dos quais 86 são da administração pública municipal. Em relação ao tipo de estabelecimentos, possuía 45 centros de saúde/unidades básicas de saúde, 3 academias da saúde, 8 centros de apoio à saúde da família, 3 centros de atenção psicossocial, 99 ambulatórios especializados, 6 hospitais gerais, 1 hospital especializado, 2 hospitais dia, 2 policlínicas e 32 serviços de apoio diagnóstico terapêutico (PEREIRA, 2017).

A publicação da Portaria MS nº 1.989/2008 marcou o início do processo de criação da primeira Macrorregião Interestadual de Saúde do país. Essa normativa constituiu o Grupo de Trabalho (GT) para implementação da Rede PEBA. Após dois anos, foi instituído o Colegiado de Cogestão da Rede Interestadual de Saúde (Crie), os encontros do GT passaram a ser sistematizados nessa instância de cogestão (RODRIGUES, 2016).

As Comissões Intergestoras Bipartites (CIB) dos Estados aprovaram o Regimento Interno do Crie em 2010, de acordo com as Resoluções CIB/Bahia nº 89/2010 e CIB/Pernambuco nº 1.471/2010. O Crie é composto pelos Secretários Estaduais de Saúde (BA e PE), por dois representantes de cada uma das seis CIR envolvidas (Petrolina, Cabrobó, Ouricuri, Ipubi, Salgueiro, Cedro, Juazeiro, Senhor do Bonfim, Pindobaçu, Paulo Afonso e Chorrochó), tendo um total de 16 membros, entre titulares e suplentes, e é coordenado de forma alternada pelos Secretários Estaduais de Saúde dos respectivos Estados. Além do Crie existem as Comissões Intergestoras Regionais (CIR) em cada uma das três Diretorias Regionais de Saúde (Dires) que compõem a Macrorregião de Juazeiro/BA e das três Gerências Regionais de Saúde (Geres) que compõem a Macrorregião de Petrolina/PE, que também se configuram como instâncias de governança regional da Rede PEBA (PERNAMBUCO, 2012).

Como governança entende-se um estilo de governo centrado na cooperação e na interação entre o Estado e os atores não estatais no contexto de redes decisórias mistas entre o público e o privado de forma a gerar a cooperação entre os atores sociais envolvidos, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. Tendo a CIR um atuante papel como um espaço de pactuação e gestão solidária e cooperativa que viabilizam aos gestores interpretar a realidade regional e a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região (MENDES, 2011). O Crie e as seis CIR representam um colegiado permanente nos quais são aprovados ou reprovados os projetos relativos a Rede PEBA (GONÇALVES, 2018).

O primeiro produto da Rede PEBA aconteceu em 05 de agosto de 2011, em que foi implantada a primeira Central de Regulação Interestadual de Leitos – CRIL, visando a

organização do acesso a serviços de alta complexidade das redes de Cardiovascular, Oncologia, Materno-Infantil e Urgência/Emergência. Com sede no município de Juazeiro/BA, o acesso é regulado em todos os leitos dos municípios de Juazeiro e Petrolina, sendo a primeira experiência no país onde se regula leitos interestaduais (PERNAMBUCO, 2012).

O fluxo assistencial da região apresenta lacunas, sobretudo no aspecto ambulatorial, no que diz respeito às filas que os usuários da região ainda precisam enfrentar. Na perspectiva de potencializar o acesso a serviços de média e alta complexidade ambulatorial na rede PEBA, foi implantada na VIII gerência regional do estado de Pernambuco a Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE), esta unidade disponibiliza serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para pacientes atendidos na unidade e referenciados pela Central de Regulação, além de contar com serviços de consultas médicas especializadas. (PERNAMBUCO, 2012; REGO, 2017).

Andrade (2014) verificou que os fluxos de acesso aos serviços de saúde se caracterizam, em alguns casos, de forma assistemática, com usuários peregrinando em busca de assistência nas situações de urgência e, onde cada prestador regulava sua porta de entrada e seus recursos assistenciais, desconsiderando as necessidades dos usuários. Gonçalves (2018) constatou que a situação da regulação é agravada pela incipiência de políticas prioritárias em ambos os estados, nas áreas de urgência e emergência; oncologia, recursos humanos e educação permanente.

3.4 A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL DA SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Segundo Castro (2002) a regulação tem conceito derivado da Economia e significa o controle sobre as falhas de mercado, entre os polos da relação da oferta e demanda. Ou seja, sendo a saúde um dos setores da atividade econômica que apresenta falhas, como o desequilíbrio alcançado pela maximização de lucro pelos produtores e maximização da utilidade dos bens e serviços pelos consumidores, dessa forma se justifica a intervenção do Estado. No escopo do SUS a regulação tem intuito de estabelecer relação entre as necessidades dos usuários e a capacidade de oferta de sistemas e serviços.

A regulação é um importante instrumento de ordenação dos serviços e ações de saúde, além de ser uma das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) que expressam o papel gestor do Estado na saúde, ainda está alinhada com os princípios e diretrizes do SUS. Pretende a universalidade e equidade na sua prestação; a descentralização com distribuição compartilhada de objetivos e compromissos entre as unidades federadas; e a regionalização e

hierarquização da rede para a garantia da integralidade e continuidade do cuidado aos cidadãos em seu contexto geográfico, sociocultural e sanitário (OPAS, 2001).

A regulação pode ser caracterizada por diferentes classificações, tais como: Regulação comercial, administrativa, financeira e assistencial. A relação comercial optou pelo pagamento a seus credenciados por procedimentos via Unidade de Serviço. Isso definiu o padrão assistencial da relação, pois direcionou a produção da rede prestadora para atos isolados e de maior custo. A regulação administrativa é outro aspecto que definiu a assistência prestada pela rede credenciada, por meio dos mecanismos e fluxos de controle e avaliação definidos, ou seja, as revisões administrativas, glosas, autorizações que padronizam a operação dos prestadores com o que poderia ou não ser aprovado. A regulação financeira, também tem um caráter influenciador para a assistência, pois as restrições orçamentárias e a definição dos valores em uma tabela de remuneração induzem a quantidade e acesso das ações e serviços que é permitido aos usuários do SUS. A regulação assistencial é o aspecto mais relegado na consolidação do marco regulatório para a assistência à saúde no Brasil. (SANTOS; MERHY, 2006).

O processo regulatório pode acontecer do ponto de vista da microrregulação ou regulação assistencial, que é o acesso cotidiano dos usuários ao sistema. Consiste em articular as possibilidades e limites do sistema, para o conjunto dinâmico das necessidades da população, operacionalizando o acesso aos serviços via sistema. Quando o usuário adentra na rede de serviços em um sistema assistencialmente regulado ele passa a ser direcionado aos serviços pelo sistema (MAGALHÃES JR, 2002; SANTOS; MERHY, 2006).

A regulação também se dá por meio do processo da macrorregulação, este define as políticas mais gerais das instituições e os mecanismos estratégicos de gestão, tais como o estabelecimento de planos estratégicos; de projetos prioritários; de relação com o controle social; as definições orçamentárias maiores; a relação com as outras políticas sociais que interferem com produção ou não de saúde nas populações; a política de recursos humanos e o estabelecimento de regras para as relações com o setor privado na saúde (SANTOS; MERHY, 2006).

A NOAS 01/2002 foi importante na construção da regulação, pois buscou a regionalização da assistência ao delegar aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal. Definiu mecanismos para a reorganização dos fluxos de referência e contra-referência, além de introduzir o conceito de regulação assistencial (BRASIL, 2002a).

Para a efetivação da regulação no SUS, são necessários alguns instrumentos e mecanismos utilizados no processo regulatório, destaca-se: o financiamento, a definição de

rede prestadora, os contratos de prestação de serviços, o cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde, a programação assistencial, as Autorizações das Internações Hospitalares (AIH) e Autorizações para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), as bases de dados nacionais, as centrais informatizadas de leitos, a auditoria analítica e operacional, o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, avaliação e monitoramento das ações de atenção à saúde, dentre outros (SANTOS; MERHY, 2006).

O financiamento por meio da tabela de procedimentos, operado pelo nível federal, é um dos mecanismos que induz as ações e serviços de saúde. A definição de rede prestadora pode ser de caráter público ou complementarmente privado tendo alto poder de regulação sobre o perfil da assistência prestada. Os contratos de prestação de serviços são regras claras de responsabilidades entre as partes nos contratos firmados. Desde 1993 foi parametrizado pelo Ministério da Saúde a contratualização da rede de serviços de saúde pelos gestores locais e municipais, por meio da Portaria 1.286 (BRASIL, 1993b).

O cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde deve estar completo e atualizado, pois é um instrumento fundamental para a regulação assistencial na contratação e realização de controle dos serviços assistenciais. Outro instrumento essencial à oferta dos serviços à população e a programação assistencial, que se reflete nas fichas de programação orçamentária (FPO) dos Estabelecimentos de Saúde. As bases de dados nacionais são instrumentos indispensáveis ao exercício das funções de controle, avaliação e auditoria. O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) são exemplos dos subsistemas de informação úteis na regulação assistencial (BRASIL, 1993b).

O SIH foi criado, em 1981, para fins administrativos e de apuração de custos e pagamento de prestadores de serviços. Em 1982 substituiu a Guia de Internação Hospitalar. O Ministério da Saúde na década de 1990 assumiu a gestão do Sistema, e em 1994, descentralizou para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com intuito de poder analisar e obter relatórios em qualquer nível do Sistema. O SIH-SUS reúne dados sobre: internação, características do paciente como idade, município de residência, características dos serviços, procedimentos realizados, valores pagos, ocorrência de óbito, Código Internacional de Doenças (CID). Existem inúmeros limites no uso dessas informações, entre eles: o fato de a Autorização de Internação Hospitalar, que é um instrumento de pagamento preenchido pelo hospital após a alta hospitalar, ser sujeito a distorções, fraudes e superfaturamento; falta de treinamento padronizado para classificação de doenças; variações do perfil tecnológico da rede assistencial. Ainda assim, o SIH-SUS é uma fonte recomendada

de informações sobre morbidade hospitalar no país, situação de saúde, acompanhamento de tendências e avaliação de resultados de ações e serviços (SANTOS; MERHY, 2006).

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) foi criado em 1992 e implantado em 1994 nas Secretarias Estaduais que estavam substituindo os sistemas GAP e SICAPS. Segue a lógica do SIH em relação à apuração de custos e pagamento de prestadores de serviços. A unidade de registro é o procedimento ambulatorial realizado, desagregado em atos profissionais (consultas, exames laboratoriais, atividades e ações). Alguns limites do sistema podem ser destacados tais como: não disponibilidade de dados sobre diagnósticos e motivos de atendimento, o que impede a apuração dos perfis de morbidade, exceto inferir sobre acesso, consumo e utilização de serviços; não revela, ainda, procedência do paciente, fluxo. Em 1997 houve maior controle sobre os procedimentos de alto custo, pois ocorreu a introdução do Subsistema para Autorização de Procedimentos de Alto Custo - APAC (hemodiálise - terapia renal substitutiva, quimioterapia, queimados, medicina nuclear, medicamentos excepcionais, órteses e próteses, dentre outros) (SANTOS; MERHY, 2006).

A regulação também conta com iniciativas municipais e estaduais de desenvolvimento das centrais informatizadas de leitos, consultas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT), urgência e os serviços de atendimento móvel de urgência. O SISREG é um sistema para a regulação desenvolvido pelo Ministério da Saúde com objetivo de integrar as diversas centrais de regulação. Outro instrumento relevante para a regulação assistencial são as ações de auditoria analítica e operacional, pois constituem responsabilidades das três esferas gestoras do SUS. A auditoria deve analisar as atividades desenvolvidas, propondo medidas corretivas, interagindo com outras áreas da administração (SANTOS; MERHY, 2006).

Existem outros mecanismos que favorecem o controle e avaliação para o gestor público, tais como: acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, ou seja, é analisar se houve alinhamento entre a programação, produção e faturamento apresentados, assim como, a implementação de críticas possibilitadas pelos sistemas informatizados quanto à consistência e confiabilidade das informações disponibilizadas pelos prestadores. A implementação de um processo de avaliação e monitoramento das ações de atenção à saúde sobre estruturas, processos e resultados permite melhor planejamento, ajustes na execução e busca de melhor qualidade, eficiência, eficácia e efetividade. Tal avaliação deve envolver tanto os indicadores objetivos baseados em critérios técnicos quanto os instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do sistema (BRASIL, 2002b).

A Portaria nº 1.559/2008 refere em seu artigo 2º que a regulação assistencial tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos

assistenciais no SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para garantir o acesso baseado em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

Os Complexos Reguladores (CRg) são estruturas que operacionalizam as ações da regulação do acesso por meio da integração com as Centrais de Regulação – define-se como uma unidade de trabalho dos CRg, ou seja, é uma das ferramentas que relaciona o do processo regulatório com a resolubilidade da rede de atenção à saúde – tais como: Central de Regulação de Urgências, Central de Internações Hospitalares e Central de Consultas e Exames (BRASIL, 2006c).

A Política Nacional de Regulação do SUS em seu artigo 9º preconiza características estruturantes de CRg Estadual, CRg Regional e CRg Municipal, são as seguintes:

I - 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 sob gestão municipal, no âmbito do estado.

II - 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 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; e

III - Complexo Regulador Municipal: Gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal.

A importância do complexo regulador é dada devido a sua condição de observatório do sistema em todos os níveis de atenção a saúde, é possível visualizar a condição do fluxo e acesso do usuário a rede assistencial, a relação entre demanda e oferta, a situação da contratação dos prestadores privados, as ações do planejamento. O envolvimento ativo dos gestores municipais é relevante, para que se desenvolvam ações integradas com o nível estadual, pois funciona como um facilitador para assegurar qualidade na assistência por meio das análises sistemáticas, identificação de novos fatores que possam subsidiar mudanças no

processo, com o objetivo de qualificar permanentemente as centrais de regulação (BRASIL, 2006c).

O fortalecimento da regulação assistencial promove a integração e o diálogo entre atores das áreas de atenção à saúde, tais como: o Colegiado de Secretários Municipais de Saúde, Conselhos de Saúde, Ministério Público, Conselhos Regionais, etc., A construção do complexo regulador busca assegurar a oferta de ações e serviços de saúde e estimula a organização de um sistema mais acessível, participativo, integrador, solidário, equitativo e humanizado (BRASIL, 2006c).

Conforme Marcon et al. (2012), um aspecto importante da regulação é manter um sistema informatizado, visto os benefícios que o mesmo gera, como: maior eficiência sobre as operações, diminuição de erros, melhor planejamento e organização das atividades e decisões subsidiadas em melhores informações. O sistema informatizado de regulação permite garantir ao usuário o acesso ao serviço mais próximo de seu domicílio, possibilita a obtenção de dados sobre número de ofertas de vagas, faltas às consultas, consultas reguladas e devolvidas, entre outros, contribuindo não somente para melhoria da gestão municipal, como também para o avanço da utilização de ferramentas mais adequadas ao fluxo operacional dos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2008).

A implantação do Sistema Informatizado de Regulação possibilita a marcação de exames e consultas especializadas de forma automática, quando há oferta suficiente de procedimentos. Nos demais casos, o sistema permite o monitoramento da fila de espera, organizado de acordo com prioridades clínicas. A implantação do sistema promove a diminuição do absenteísmo às consultas especializadas, das filas e do tempo de espera, bem como tem auxiliado na redistribuição de cotas entre as unidades de saúde, na contratação de oferta em função da demanda e na análise dos encaminhamentos (GIOVANELLA, 2009).

3.5 FILA DE ESPERA E O ABSENTEÍSMO NA SAÚDE COMO BARREIRAS AO ACESSO A SERVIÇOS SECUNDÁRIOS.

Nos serviços de saúde de um Sistema de Dominância Estatal (JUNIOR; MESSIAS, 2005), o Estado se responsabiliza pela saúde dos seus cidadãos, tratando-a como direito de cidadania, em que apresenta características como a forte presença do Estado nas principais macrofunções do sistema (Financiamento, Regulação e Prestação). Sendo assim, o sistema de saúde traz vantagens, tanto do ponto de vista econômico, como social. Porém algumas desvantagens são elencadas, um exemplo seria as grandes listas de espera para a atenção secundária, principalmente para os procedimentos de média e alta complexidade. Isso pode

ocorrer devido à baixa resolutividade na APS, situação infelizmente ainda comum em vários municípios brasileiros, independentemente de seu porte populacional. O que gera uma pressão da demanda, dificultando o acesso aos serviços (SARMENTO, TOMITA E KOS, 2005; CONASS, 2007; PIRES et al., 2010).

A dificuldade no acesso de consultas e exames é caracterizada como uma problemática no Sistema Único de Saúde desde a sua criação. A desordem do fluxo dos usuários, a ineficiência da hierarquização, o contingenciamento de recursos financeiros e os limites de acesso são fatores que impactam no tempo de espera e absenteísmo (LIMA; VENTURA; BRANDT, 2005). O tempo de espera ambulatorial é a quantificação do tempo que o usuário aguarda, contabilizado desde a hora da consulta/exame marcado até o momento do desfecho do atendimento. E o absenteísmo é a ausência à uma consulta ou exame agendado, sem qualquer comunicação prévia por parte do paciente, isso compromete a resolubilidade do serviço, dificultando o acesso de outras pessoas ao Sistema de Saúde.

Elevados tempos de espera indicam a insuficiência do sistema em atender as necessidades de saúde dos usuários, e têm se tornado um problema comum nos sistemas públicos de saúde. No SUS, uma longa espera para o atendimento ambulatorial especializado, seja consulta ou exame, está entre os principais obstáculos ao acesso a cuidados integrais à saúde, tal fato é um importante determinante da insatisfação referida pelos profissionais e usuários (AEENPARAST; FARZADI; MAFTOON, 2012). O aumento da demanda, o aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas, somado à escassez de recursos e de serviços, tem dificultado o acesso à atenção especializada tanto em municípios de grande porte como em municípios de pequeno porte (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010; SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

A fila de espera ocorre na ocasião da carência de recursos, falta de fatores organizacionais e gerenciais de fluxos e protocolos, baixa oferta de serviços e pouca integração entre os níveis primário e secundário de atenção à saúde. Caracteriza-se como uma lista de pessoas, com encaminhamento, que necessitam realizar o agendamento de tratamentos eletivos. São classificadas de duas formas, por presenciais ou virtuais (VILELA, 2010; CONILL, 2011). Conforme Sarmiento Júnior, Tomita e Kos (2005), os pacientes na fila que habitam uma sala de espera virtual, aguardam um mesmo procedimento, sendo chamados um por vez, de acordo com a ordem da fila.

Esperar longos períodos em uma fila pode ser um fator influenciador corroborando para a ausência do usuário ao procedimento ou serviço especializado marcado. Sarmiento Júnior, Tomita, Kos (2005) e Vieira; Lima; Gazzinelli (2015) analisam como sendo

consequência ou motivo do absenteísmo. Isso afeta a acessibilidade do usuário, a condição da gravidade da doença e reverbera para o aumento dos custos no sistema.

Nesse contexto existe a necessidade de preparar propostas que tenham objetivo de contribuir no gerenciamento do acesso dos usuários, reduzindo as filas de espera e as taxas de absenteísmo nas consultas especializadas. Sendo assim, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass (2018) apresenta a estratégia de redução de fila de espera do serviço de Atenção Ambulatorial Especializada do Norte do Espírito Santo com a Rede Cuidar, ao propor a marcação dos atendimentos por bloco de horas. Isso com o intuito de facilitar o acesso do usuário ao serviço e, conseqüentemente, reduzir o tempo de espera na fila. Mendes (2015) refere que a atenção secundária pode assumir um papel de matriciamento para qualificação das equipes da APS, com intuito de fortalecer as estratégias de resolução de parte das problemáticas, sem se tornar necessário encaminhar grande volume dos pacientes para o nível ambulatorial, essa medida pode impactar na redução da fila de espera para as especialidades demandadas na atenção especializada.

4 MÉTODO

Esta dissertação é um desdobramento do projeto de pesquisa aprovado no edital PPSUS-PE chamada pública FACEPE 10/2017, número de processo APQ-0561 4.06/17, “Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da rede Pernambuco / Bahia – rede PEBA”, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Adriana Falangola Benjamin Bezerra (ANEXO B).

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo analítico e transversal, com abordagem quantitativa utilizando técnicas de análise estatística, tendo como estratégia o uso de métodos para mapear, identificar e analisar a regulação assistencial.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE) Dr. Emanuel Alírio Brandão, localizada no município de Petrolina na VIII Região de Saúde.

4.3 PERÍODO DE REFERÊNCIA

O estudo foi relativo aos anos de 2014 a 2017.

4.4 COLETA DE DADOS

Foram coletados dados secundários a partir do DATA-SUS (Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES) e do sistema de agendamento da Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE), mediante solicitação formal e entrega de dados em arquivo de mídia física.

A pesquisa foi desenvolvida em 02 fases:

Na fase 01 realizou-se a descrição do serviço ofertado por endereço e tipo de natureza jurídica do estabelecimento, especialidades, profissionais, cargas-horárias, produção de consultas; da fila de espera e absenteísmo de consultas; caracterização dos usuários que utilizaram o serviço.

Na fase 02 investigou fatores associados à fila de espera e absenteísmo de consultas especializadas, a partir das solicitações e agendamentos registrados nos bancos de dados da

CMCE. Tal sistema foi desenvolvido pela empresa SOULMV para o estado de Pernambuco com objetivo de gerir as consultas e exames de média e alta complexidade.

4.5 BANCO DE DADOS

Foram elaborados dois bancos sistematizados em planilha eletrônica (extensão .xls). O primeiro banco de dados, da extração do DATA-SUS, foi composto pela produção mensal de consultas médicas especializadas da UPAE Petrolina.

O segundo banco foi elaborado a partir do sistema de regulação assistencial, ao obterem-se as consultas especializadas do serviço. Foram sistematizados por usuário considerando as variáveis sexo, data de nascimento, local de moradia, nome e local da unidade solicitante, especialidade de agendamento, data de solicitação do procedimento, data do desfecho do agendamento, status da realização do procedimento – confirmado, absenteísmo, cancelado ou negado).

4.6 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Foram incluídas as consultas reguladas por meio do sistema da Central de Marcação de Consultas e Exames no período de 2014-2017.

4.7 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Foram excluídas as consultas agendadas com situação pendente de confirmação, cancelado, não realizado, além dos casos de informações incompletas ou ausentes.

4.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram gerenciados em planilha no Microsoft Excel (Microsoft Corporation, EUA), sendo em seguida importados e analisados no software de domínio público, Ambiente R versão 3.5 por meio dos pacotes *base*, *factoMineR* e *factoextra*. Utilizou-se o teste de normalidade Kolmogorov-smirnov e a análise de componentes principais (ACP), que é um dos mais populares métodos de análise multivariada baseado na matriz de correlação ou de covariância entre as variáveis. Desta forma um dos requisitos para sua aplicação é a existência de algum grau de correlação entre as variáveis, testada por meio de Teste de esfericidade de Bartlett e da medida de adequacidade de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), sendo considerados valores aceitáveis desta medida quando maior ou igual 0,5 (HAIR; ANDERSON; TATHAM, 1987). Os indicadores também foram padronizados em torno na média e do desvio padrão para execução destas análises. Para identificar os grupos de informações com perfil similar foi

utilizado o algoritmo de agrupamento *K-means* que é uma abordagem multivariada de agrupamento por partição. Neste algoritmo, cada *cluster* é associado a um centróide e cada ponto é atribuído ao *cluster* com centróide mais próximo. O número ótimo de clusters é aqui investigado por três medidas: o critério de Elbow (SYAKUR, 2011), a silhoueta (ROUSSEEUW, 1987) e a estatística Gap (TIBSHIRANI; WALTHER; HASTIE, 2001).

Para a mensuração da probabilidade de eventos diversos realizou-se por meio do modelo de regressão logística, para o absentismo em consultas especializadas. Tal modelo foi selecionado devido a natureza da variável resposta do tipo dicotômica.

O modelo, exposto na expressão (1), apresenta parâmetros que calculam as probabilidades.

$$\log \left\{ \frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)} \right\} = \alpha + \hat{\beta}_i X_i, \quad i = 1, 2, \dots, p - 1 \quad (1)$$

O banco de dados foi analisado utilizando-se o software de domínio público Ambiente R. Tal programa foi criado em 1996 na Universidade de Auckland. O R não é um programa estatístico, mas devido as suas rotinas permite a manipulação, avaliação e interpretação de procedimentos estatísticos aplicados aos dados. Além dos procedimentos estatísticos o R permite operações matemáticas simples, e manipulação de vetores e matrizes. Assim como confecção de diversos tipos de gráficos.

Por meio do software R versão 3.5, foi adaptado um modelo de regressão logística que utilizou como variável dependente Y: ocorrência de absentismo e independentes: X1 – idade, X2 – tempo de espera, X3 – sexo, X4 – Tipo de Unidade de Saúde e X5 – Especialidades.

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, seguindo a Resolução Nº 466/2012, apresentando parecer favorável e número de CAAE 04186917.2.0000.5208 (ANEXO C).

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 01 - ABSENTEÍSMO ÀS PRIMEIRAS CONSULTAS NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA EM UM MUNICÍPIO BRASILEIRO DE GRANDE PORTE: UM ESTUDO TRANSVERSAL.

Introdução

A regionalização protagoniza o cenário da política de saúde como lógica de governança potente para a universalidade, igualdade e solidariedade, com o intuito de priorizar ações para lidar com as desigualdades políticas, territoriais, geográficas, sociais e econômicas no âmbito da saúde¹.

Tendo em vista a organização das ações e serviços no Sistema Único de Saúde, o Decreto 7.508/11, normatização ministerial para a regionalização, dispõe sobre a definição das regiões de saúde e da configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS). As RAS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”^{2,3}.

No ano de 2008 ocorreu a implantação da rede de atenção à saúde regional que integra dois estados nordestinos – Pernambuco e Bahia – surgiu a partir da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco, envolvendo inicialmente as duas principais cidades da região: Petrolina (PE) e Juazeiro (BA). Na configuração de região interestadual, é considerada pioneira no Brasil. Durante o processo de implantação foram incluídos outros municípios de ambos os estados. O desenho da região foi formado por seis microrregiões de saúde, sendo três no estado da Bahia (Senhor do Bonfim, Juazeiro e Paulo Afonso) e três em Pernambuco (Ouricuri, Petrolina, Salgueiro)^{4,5}.

A região interestadual passou a ser identificada por Rede Pernambuco Bahia – Rede PEBA. Em 2017 a RAS formada possuía 365 estabelecimentos, dos quais 86 são da administração pública municipal. Em relação ao tipo de estabelecimentos, possuía 45 centros de saúde/unidades básicas de saúde, 3 academias da saúde, 8 centros de apoio à saúde da família, 3 centros de atenção psicossocial, 99 ambulatórios especializados, 6 hospitais gerais, 1 hospital especializado, 2 hospitais dia, 2 policlínicas e 32 serviços de apoio diagnóstico terapêutico⁶.

O fluxo assistencial da região apresenta lacunas, sobretudo no aspecto ambulatorial, no que diz respeito às filas que os usuários da região ainda precisam enfrentar. Na perspectiva

de potencializar o acesso a serviços de média e alta complexidade ambulatorial na rede PEBA, foi implantada em 2014, em Petrolina, sob gestão da VIII Gerência Regional do estado de Pernambuco, a Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE). Esta unidade disponibiliza serviços de consultas médicas especializadas, Apoio Diagnóstico e Terapêutico para pacientes atendidos na unidade e referenciados pela Central de Regulação Estadual^{7,8}.

Do ponto de vista de uma rede usuário-centrada, destaca-se a dificuldade de acesso ao sistema de marcação de consultas especializadas⁹, em parte, numa perspectiva quantitativa, devido a uma oferta inferior à demanda, o que gera longas esperas para o atendimento, com agravamento do estado de saúde¹⁰⁻¹².

Outro fator que contribui para as longas esperas, diz respeito ao absenteísmo. Encontram-se taxas variando em consultas especializadas de 18%¹² a 41,2%¹³, o que revela ser um evento de impacto para a reorganização e/ou ampliação de ofertas e aumento de eficiência.

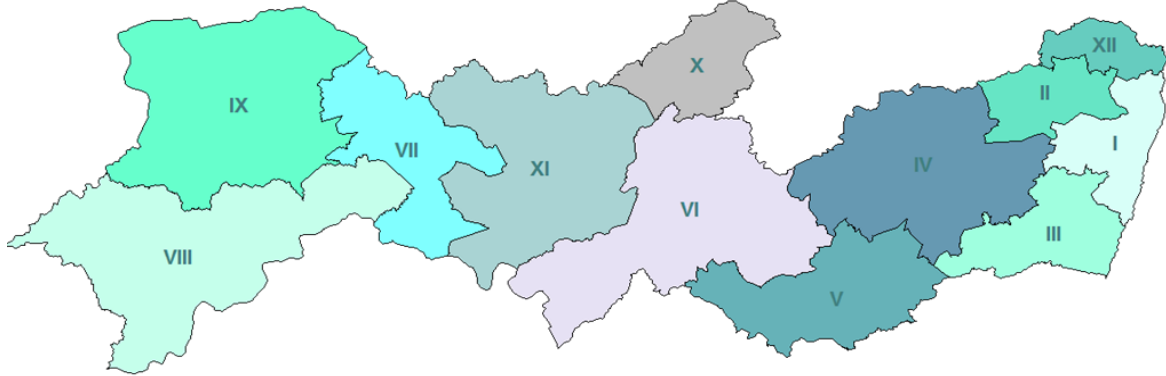
Considerando a importância dos aspectos organizativos para a gestão do cuidado em saúde este artigo se propõe a analisar fatores associados à fila de espera e absenteísmo de consultas especializadas no município sede da Rede PEBA no estado de Pernambuco.

Método

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, com dados referentes ao período de 2014-2017 de uma Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE), situada no município de Petrolina, sede da Rede PEBA em Pernambuco/Brasil. A unidade estudada integra o conjunto de 11 (onze) Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada, distribuídas em municípios estratégicos do Estado de Pernambuco. Faz parte da região de desenvolvimento São Francisco e IV Macrorregião Vale do São Francisco, onde está implantada a primeira Rede Interestadual de Saúde do Brasil, Rede Pernambuco Bahia (PEBA), tal rede é composta por duas macrorregiões de saúde, articulando 53 municípios com aproximadamente 1,9 milhões de habitantes, divididos nas macrorregiões de Juazeiro-BA e Petrolina-PE. A macrorregião de Petrolina é composta por 25 municípios distribuídos pelas microrregiões de Petrolina, Salgueiro e Ouricuri, com área territorial 35.619,57 km² e uma densidade demográfica de 29,09 habitantes por km². A microrregião de Petrolina, ou VIII Região de Saúde (Figura 01), é composta pelos municípios Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista com área territorial de 14.654,86 km², com aproximadamente 252.992 mulheres e 243.919 homens, possui densidade

demográfica de 25 habitantes por km², onde 94,17% da população depende, exclusivamente, do Serviço Único de Saúde.

Figura 01 - Regiões de Saúde do estado de Pernambuco



Fonte: DATA-SUS

Utilizaram-se os dados secundários extraídos a partir do DATA-SUS (Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES) e no sistema de agendamento da regulação envolvida da Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Foram elaborados dois bancos sistematizados em planilha eletrônica (extensão.xls). O primeiro banco de dados, da extração do DATA-SUS, foi composto pela produção mensal de consultas médicas especializadas da UPAE/Petrolina. O segundo banco foi elaborado a partir do sistema de regulação assistencial, ao serem obtidas as consultas especializadas do serviço. Os dados foram sistematizados por usuário considerando as variáveis sexo, data de nascimento, local de moradia, nome da unidade solicitante, especialidade de agendamento, data de solicitação do procedimento, data do desfecho do agendamento, status da realização do procedimento – confirmado, absentéismo, cancelado ou negado). Foram excluídas as consultas agendadas com situação pendente de confirmação, cancelado, não realizado, além dos casos de informações incompletas ou ausentes. Os dados foram gerenciados em planilha no Microsoft Excel (Microsoft Corporation, EUA), sendo em seguida importados e analisados no software de domínio público, Ambiente R versão 3.5, por meio dos pacotes *base*, *factoMineR* e *factoextra*. Utilizou-se o teste de normalidade Kolmogorov-smirnov e a análise de componentes principais (ACP) que é um dos mais populares métodos de análise multivariada baseado na matriz de correlação ou de covariância entre as variáveis. Desta forma um dos requisitos para sua aplicação é a existência de algum grau de correlação entre as variáveis, testada por meio de Teste de esfericidade de Bartlett e da medida de adequacidade de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), sendo considerados valores aceitáveis desta medida quando maior ou igual 0,5 ¹⁴. Para identificar os grupos de informações com perfil similar utilizou-se o

algoritmo de agrupamento *K-means*, abordagem multivariada de agrupamento por partição. Neste algoritmo, cada *cluster* foi associado a um centróide e cada ponto foi atribuído ao *cluster* com centróide mais próximo. O número ótimo de clusters foi aqui investigado por três medidas: o critério de Elbow¹⁵, a silhoueta¹⁶ e a estatística Gap¹⁷. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, seguindo a Resolução Nº 466/2012, apresentando parecer favorável e número de CAAE 04186917.2.0000.5208.

Resultados

A UPAE Petrolina foi inaugurada em 29 de Julho de 2013, é de gestão estadual e natureza jurídica de administração pública, e administrada por uma Organização Social (OS). Sendo composta de uma Unidade de Atenção Especializada e de uma Unidade de Pronto Atendimento, ambas funcionam no mesmo local com atendimento de demanda espontânea e referenciada, porém, com fluxos e rotinas próprias, independentes. No serviço há o quantitativo de 239 profissionais conforme detalhamento apresentado na tabela 01.

Tabela 01 - Quantidade dos profissionais por categoria, UPAE Petrolina/PE.

Categoria Profissional	Quantidade
Diretor	02
Biomédico	01
Cirurgião - Dentista	08
Farmacêutico	02
Enfermeiro	29
Fisioterapeuta	06
Nutricionista	02
Fonoaudiólogo	01
Terapeuta Ocupacional	01
Médico	80
Psicólogo	01
Assistente Social	07
Técnico	88
Assistente Administrativo	11

Fonte: CNES, 2018.

Conforme o contrato de gestão com a OS, os serviços de emergência são oferecidos por 24 horas/dia, com capacidade de 8.050 atendimentos/mês. Os serviços de atendimento ambulatorial especializado funcionam em regime de 12 horas/dia. As instalações físicas para assistência ambulatorial na clínica especializada contêm 12 (doze) consultórios, com estrutura

e volume de atendimento ambulatorial médico de 8.089/mês, e atendimento ambulatorial não médico de 2.019/mês, sendo 1.150/mês para as sessões de fisioterapia.

A Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE) é um sistema que regula apenas as primeiras consultas. A tabela 02 apresenta o percentual de consultas reguladas, que corresponde a 59%, obtidas por meio da produção SIA da UPAE Petrolina.

Tabela 02 - Percentual das consultas reguladas pelo CMCE considerando a produção obtida pelo SIA, realizada na UPAE Petrolina/PE.

Especialidades	Produção ^a		Consultas Reguladas ^b		Qtde esperada de consultas por pct. para cada especialidade
	2014-2017	Número Absoluto	%		
Cardiologista	41.027	18.697	45,57		2
Oftalmologista	36.979	19.189	51,89		2
Dermatologista	34.912	25.676	73,54		1
Gastroenterologista	28.912	15.600	53,96		2
Endocrinologista	27.060	12.650	46,75		2
Girurgião Geral	19.653	14.138	71,94		1
Otorrinolaringologista	18.074	11.705	64,76		2
Urologista	14.198	7.433	52,35		2
Proctologista	13.779	7.330	53,20		2
Reumatologista	10.470	5.056	48,29		2
Angiologista	9.879	4.261	43,13		2
Fisioterapeuta	7.995	8.183	102,35 ^c		1
Pneumologista	6.296	2.102	33,39		3
Nefrologista	3.039	2.103	69,20		1
Neurologista	2.493	1.651	66,23		2
Hematologista	1.837	815	44,37		2
Infectologista	779	693	88,96		1

Fonte: DATASUS (SIA)^a; CMCE^b

Nota^c: O dado não apresenta as perdas.

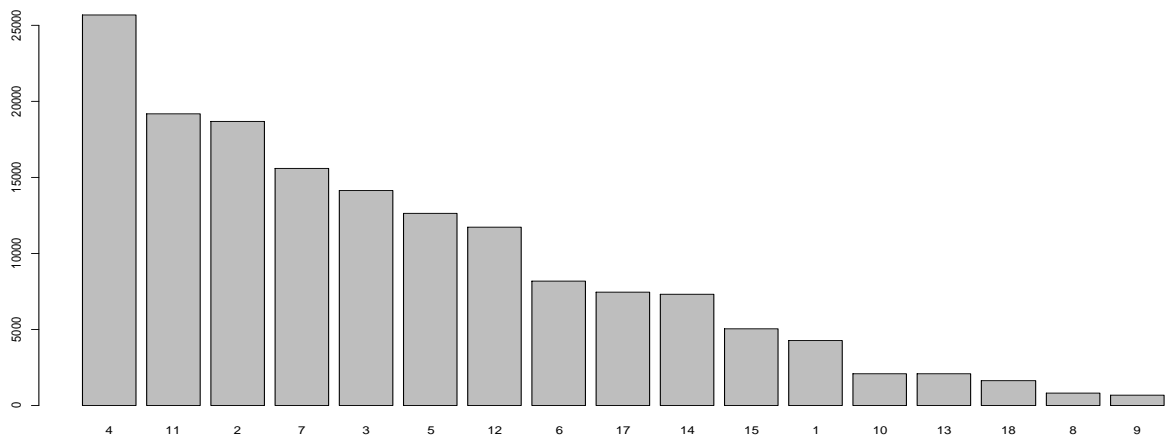
De 2014 a 2017, 160.318 consultas foram agendadas para as especialidades incluídas neste estudo. Deste total foram excluídas as consultas com situação pendente de confirmação, cancelado, não realizado, e os casos de informações incompletas ou ausentes. Assim, foram analisadas 157.282 solicitações de primeiras consultas. Destas, 104.135 (66,2%) solicitadas para o sexo feminino e 53.147 (33,8%) para o sexo masculino. Quanto a cidade de origem dos demandantes, mais da metade foram da cidade de Petrolina (54,6%), seguido de Santa Maria da Boa Vista (10,6%), Lagoa Grande (9,6%), Cabrobó (7,7%), Dormentes (6,3%), Afrânio (5,9%), Orocó (4,7%) e outras cidades (0,6%). As distâncias dos municípios para Petrolina:

Cabrobó a 178 km, Orocó a 161 km, Afrânio a 122 km, Dormentes a 119 km, Santa Maria da Boa Vista está a 108 km, Lagoa Grande a 61 km.

No que se refere às unidades solicitantes houve três que obtiveram maior destaque: 61.297 (39%) das solicitações foram por meio da Central de Regulação de Consultas e Exames (CR), localizada no município de Petrolina; 24.163 (15%) das consultas solicitadas foram provenientes de 45 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas localizadas no município de Petrolina; 70.855 (45%) das consultas solicitadas foram oriundas de 07 Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Considerando esses 45%, o município de Afrânio solicitou 9.211 (13%), Cabrobó 12.045 (17%), Dormentes 9.920 (14%), Lagoa Grande 15.587 (22%), Orocó 7.794 (11%), Santa Maria da Boa Vista 16.297 (23%) e Serra Talhada com uma pequena participação de apenas 01 solicitação. As outras 967 (1%) estão distribuídas entre os serviços do município de Petrolina, tais quais: CAPS AD III, CAPS II, Tratamento Fora de Domicílio, VIII Gerência Regional de Petrolina, Serviço de Infectologia, Penitenciária, Centro de Saúde do Trabalhador, Centro de Referência em DST/HIV/AIDS, Casa Geriátrica e Associação de Pais e Amigos.

O gráfico 01 apresenta em ordem decrescente as especialidades demandadas à UPAE Petrolina/PE.

Gráfico 01 - Comportamento das especialidades solicitadas, 2014-2017 – UPAE Petrolina/PE.

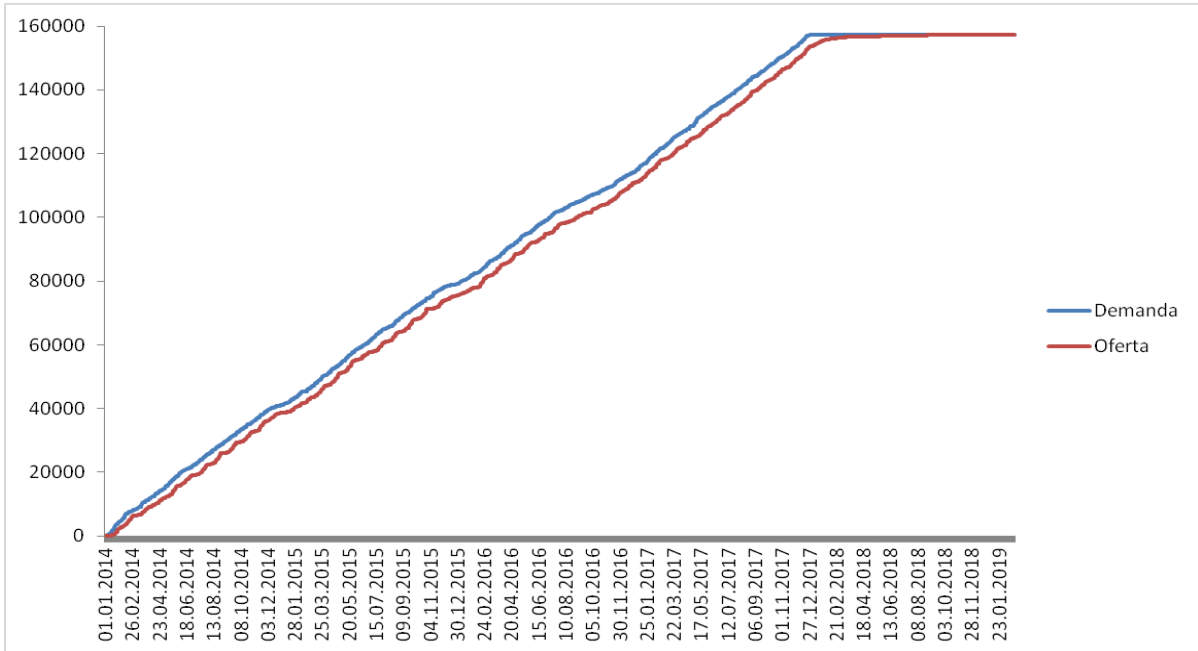


Legenda: 4 = Dermatologia, 11 = Oftalmologia, 2 = Cardiologia, 7 = Gastro, 3 = Cirurgia Geral, 5 = Endocrinologia, 12 = Otorrino, 6 = Fisioterapia, 17 = Urologia, 14 = Proctologia, 15 = Reumatologia, 1 = Angiologia, 10 = Nefrologia, 13 = Pneumologia, 18 = Neurologia, 8 = Hematologia e 9 = Infectologia.

Fonte: CMCE

Tendo em vista a demanda reprimida em todas as especialidades, observa-se que o ponto crítico máximo ocorreu em maio de 2017, no momento que 5.690 pessoas aguardavam a realização da consulta (Gráfico 02).

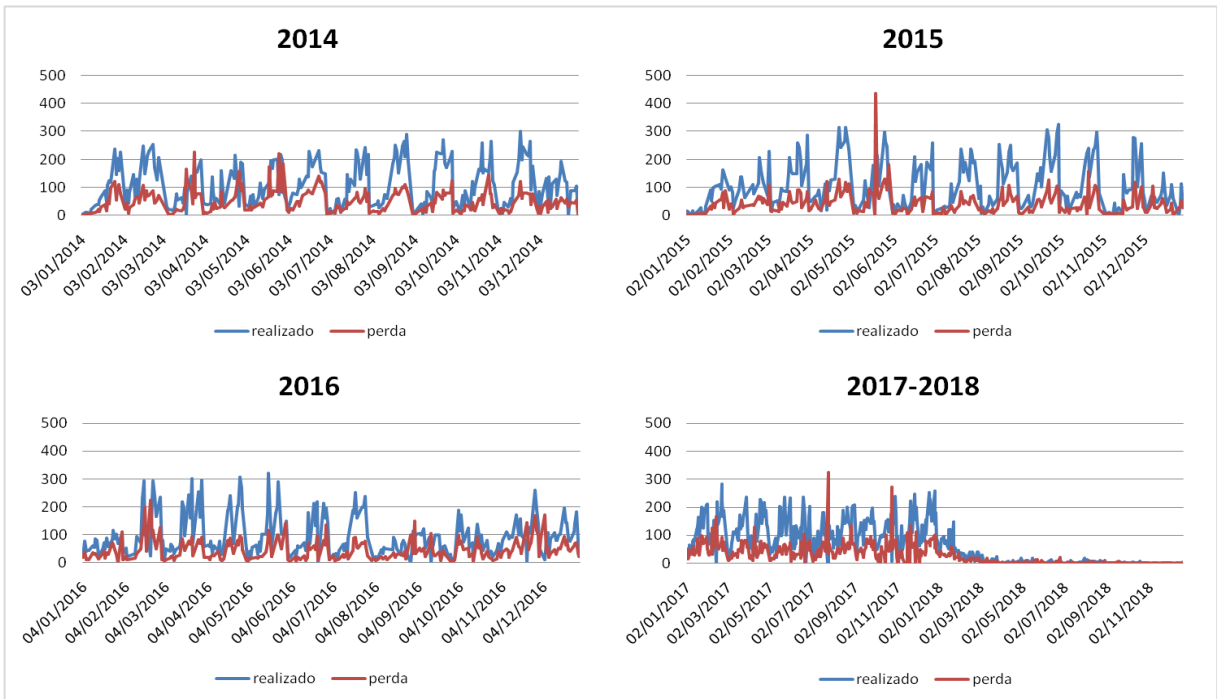
Gráfico 02 - Demanda reprimida das solicitações de consultas especializadas, 2014-2017 – UPAE Petrolina/PE.



Fonte: CMCE

O gráfico 03 se refere ao comportamento diário da oferta das consultas para todas as especialidades, e foi identificado um evento médio de aproximadamente 350 consultas/dia.

Gráfico 03 - Comportamento diário entre as consultas realizadas e as perdas, 2014-2017 – UPAE Petrolina/PE.



Fonte: CMCE

A tabela 03 apresenta a demanda e oferta acumulada, considerando mês e ano de maior fila de espera do período. Ou seja, de 2014 a 2017 o ponto crítico máximo de 360 (34,55%) de demanda reprimida foi para a especialidade Neurologia.

Tabela 03 - Percentual ofertado de consultas especializadas em relação à demanda, 2014-2017 – UPAE Petrolina/PE.

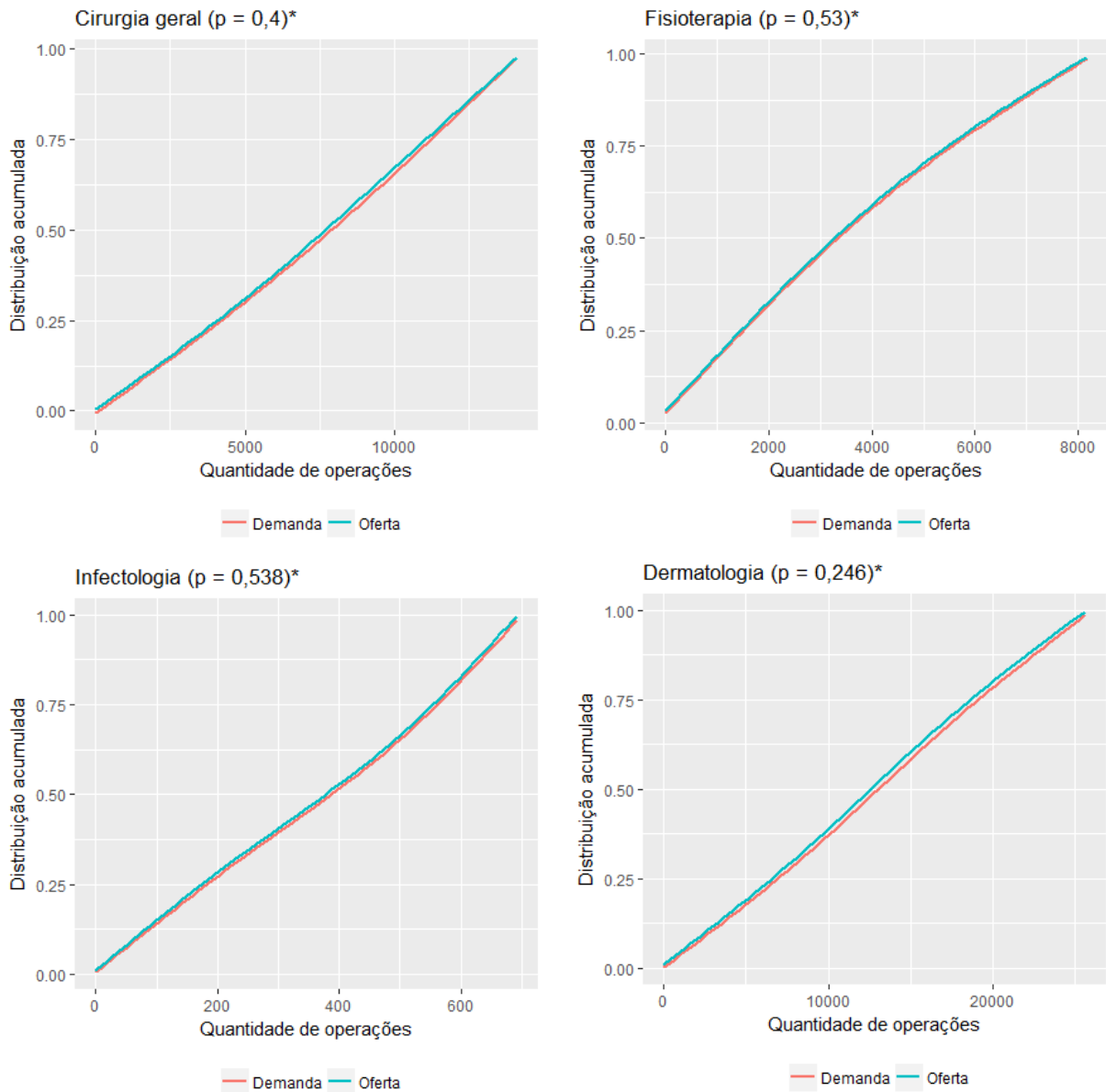
Especialidade demandada	Período	Demanda cumulativa	Oferta cumulativa	Demanda Reprimida		% ofertado
				Máx	%	
<i>Dermatologia</i>	<i>Mai.2017</i>	<i>21.356</i>	<i>20.175</i>	<i>1.181</i>	<i>5,53</i>	<i>94,47</i>
<i>Oftalmologia</i>	<i>Mar.2017</i>	<i>16.205</i>	<i>15.082</i>	<i>1.123</i>	<i>6,93</i>	<i>93,07</i>
<i>Cardiologia</i>	<i>Jan.2016</i>	<i>11.584</i>	<i>10.811</i>	<i>773</i>	<i>6,67</i>	<i>93,33</i>
<i>Gastroenterologia</i>	<i>Mai.2016</i>	<i>9.533</i>	<i>8.869</i>	<i>664</i>	<i>6,97</i>	<i>93,03</i>
<i>Cirurgia Geral</i>	<i>Jul.2016</i>	<i>9.566</i>	<i>9.189</i>	<i>377</i>	<i>3,94</i>	<i>96,06</i>
<i>Endocrinologia</i>	<i>Jan.2017</i>	<i>9.087</i>	<i>8.507</i>	<i>580</i>	<i>6,38</i>	<i>93,62</i>
<i>Otorrinolaringologia</i>	<i>Jan.2015</i>	<i>2.821</i>	<i>2.206</i>	<i>615</i>	<i>21,8</i>	<i>78,2</i>
<i>Fisioterapia</i>	<i>Jul.2017</i>	<i>6.702</i>	<i>6.520</i>	<i>182</i>	<i>2,72</i>	<i>97,28</i>
<i>Urologia</i>	<i>Nov.2015</i>	<i>2.011</i>	<i>1.622</i>	<i>389</i>	<i>19,34</i>	<i>80,66</i>
<i>Proctologia</i>	<i>Nov.2015</i>	<i>3.799</i>	<i>3.472</i>	<i>327</i>	<i>8,61</i>	<i>91,39</i>
<i>Reumatologia</i>	<i>Ago.2017</i>	<i>4.356</i>	<i>3.769</i>	<i>587</i>	<i>13,48</i>	<i>86,52</i>
<i>Angiologia</i>	<i>Ago.2017</i>	<i>3.726</i>	<i>3.265</i>	<i>461</i>	<i>12,37</i>	<i>87,63</i>
<i>Nefrologia</i>	<i>Mai.2016</i>	<i>660</i>	<i>506</i>	<i>154</i>	<i>23,33</i>	<i>76,67</i>
<i>Pneumologia</i>	<i>Ago.2014</i>	<i>753</i>	<i>600</i>	<i>153</i>	<i>20,32</i>	<i>79,68</i>
<i>Neurologia</i>	<i>Mar.2017</i>	<i>1.042</i>	<i>682</i>	<i>360</i>	<i>34,55</i>	<i>65,45</i>
<i>Hematologia</i>	<i>Jan.2017</i>	<i>670</i>	<i>615</i>	<i>55</i>	<i>8,21</i>	<i>91,79</i>
<i>Infectologia</i>	<i>Mai.2015</i>	<i>263</i>	<i>235</i>	<i>28</i>	<i>10,65</i>	<i>89,35</i>

Fonte: CMCE

Por meio da análise do teste Kolmogorov-Smirnov (K-S) foi possível visualizar o impacto do absenteísmo na eficiência do serviço para algumas especialidades. O gráfico 04 aponta que se não houvesse perdas, a oferta de vagas para consultas nas especialidades dermatologia, cirurgia geral, fisioterapia e infectologia, seria suficiente tendo em vista a demanda.

Para as outras especialidades (Gráfico 05) desconsiderando o não comparecimento dos usuários, observou-se que existe maior chance de atender as vagas ofertadas pelo serviço, do que as demandadas pela população.

Gráfico 04 – Distribuição de probabilidade acumulada entre oferta e demanda de consultas especializadas, 2014-2017 – UPAE Petrolina/PE.

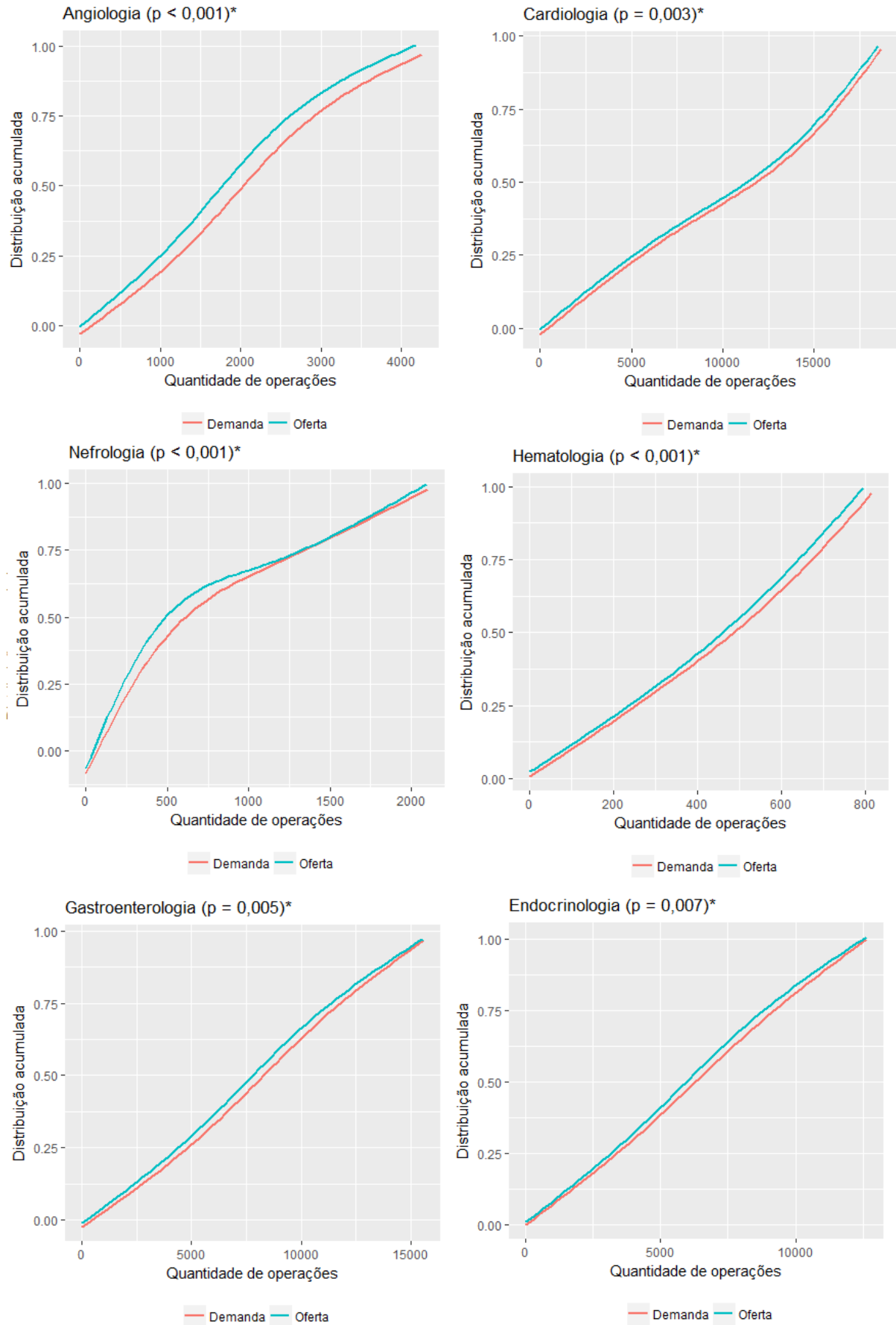


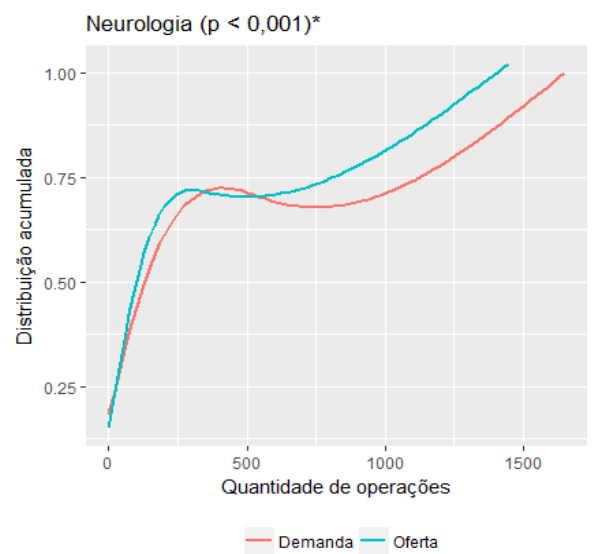
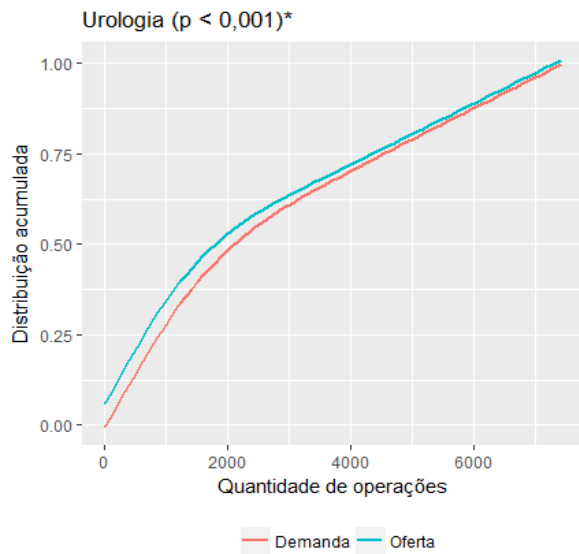
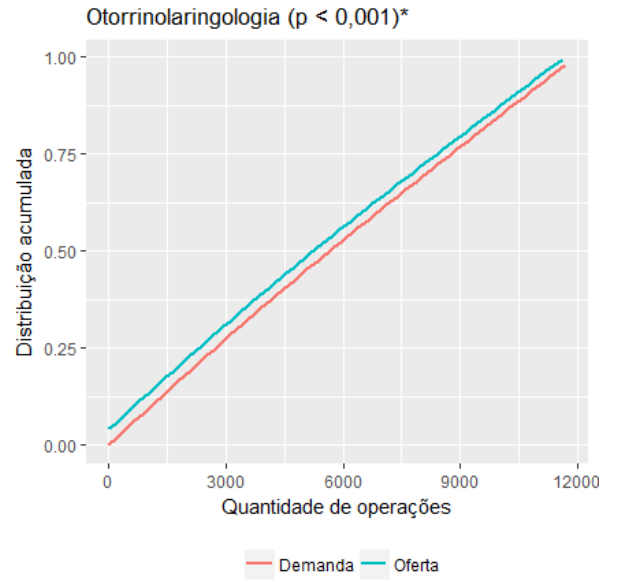
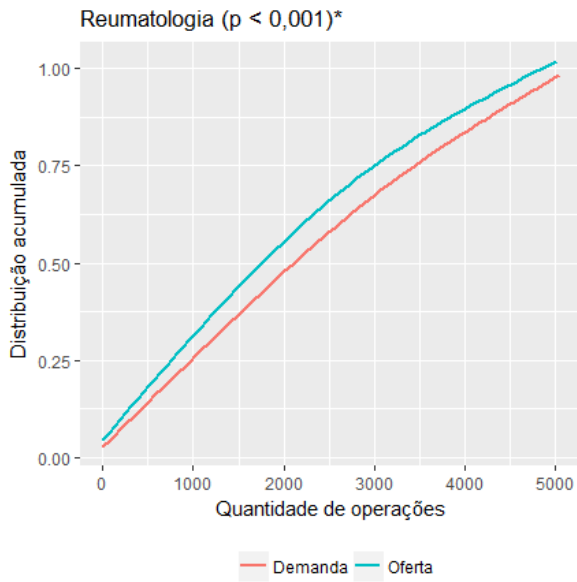
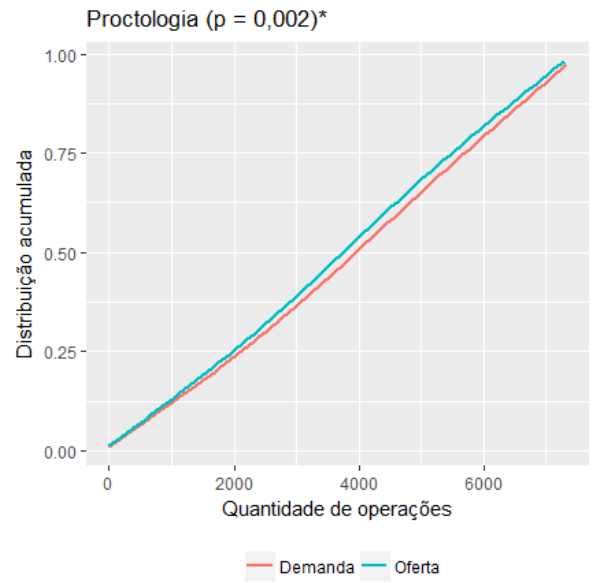
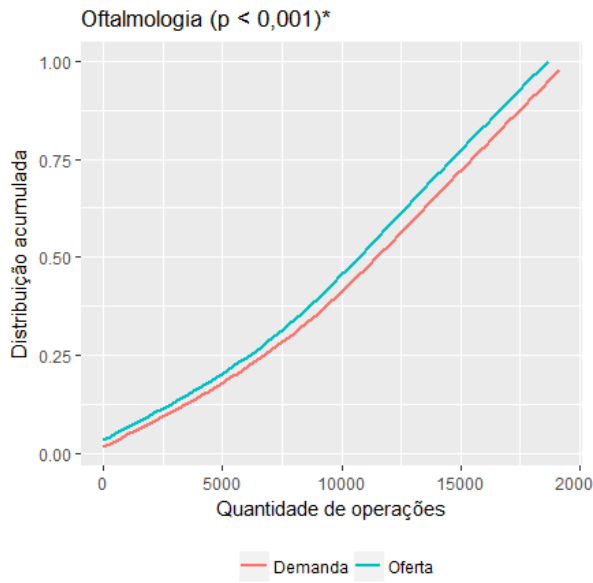
**Teste de Kolmogorov-Smirnov*

Fonte: Ambiente R

Essas estatísticas medem a diferença entre as representações gráficas das duas funções (oferta e demanda) para analisar a similaridade da distribuição, para isso, se o valor encontrado for superior a 5%, então se considera que a hipótese de normalidade dos dados deve ser aceita, ou seja, se $P\text{-Value} > 0,05$ significa que as distribuições se equiparam.

Gráfico 05 – Distribuição de probabilidade acumulada entre oferta e demanda de consultas especializadas, 2014-2017 – UPAE Petrolina/PE.





**Teste de Kolmogorov-Smirnov*
 Fonte: Ambiente R

A taxa de absenteísmo às consultas especializadas apresentou um total de 48.207 (30,6%) das operações reguladas. No ano de 2014 houve um total de 12.910 (31,46%) perdas, em 2015 foram observadas de 11.256 (29,51%), em 2016 um total de 11.222 (32,07%) e 2017 um total de 12.819 (30,65%). A tabela 04 traz o detalhamento por especialidade e período.

Tabela 04 - Taxa de absenteísmo nas especialidades, 2014-2017 – UPAE Petrolina/PE.

Especialidade demandada	Total de consultas	%	Taxa de Absenteísmo				
			Geral Total	2014	2015	2016	2017
<i>Dermatologia</i>	25.676	16.3	8897 (34%)	2102 (31%)	2014 (32%)	2030 (37%)	2751 (37%)
<i>Oftalmologia</i>	19.189	12.2	5229 (27%)	1897 (30%)	1414 (27%)	981 (29%)	937 (21%)
<i>Cardiologia</i>	18.697	11.9	5375 (29%)	1630 (30%)	1601 (27%)	1210 (28%)	934 (31%)
<i>Gastroenterolog</i>	15.600	9.9	4906 (31%)	1523 (32%)	944 (30%)	1078 (33%)	1361 (31%)
<i>Cirurgia Geral</i>	14.138	9.0	4387 (31%)	1206 (30%)	1104 (30%)	1048 (33%)	1029 (32%)
<i>Endocrinologia</i>	12.650	8.0	3507 (27%)	911 (28%)	794 (29%)	793 (27%)	1009 (27%)
<i>Otorrino</i>	11.705	7.4	3337 (28%)	755 (28%)	803 (27%)	848 (32%)	931 (27%)
<i>Fisioterapia</i>	8.183	5.2	3205 (39%)	684 (49%)	810 (43%)	704 (35%)	1007 (35%)
<i>Urologia</i>	7.433	4.7	1976 (26%)	241 (34%)	363 (26%)	616 (29%)	756 (23%)
<i>Proctologia</i>	7.330	4.7	2116 (29%)	549 (27%)	556 (30%)	488 (30%)	523 (28%)
<i>Reumatologia</i>	5.056	3.2	1396 (28%)	357 (36%)	250 (25%)	341 (28%)	448 (24%)
<i>Angiologia</i>	4.261	2.7	1198 (28%)	362 (30%)	167 (22%)	282 (35%)	387 (26%)
<i>Nefrologia</i>	2.103	1.3	880 (42%)	175 (53%)	99 (42%)	297 (41%)	309 (38%)
<i>Pneumologia</i>	2.102	1.3	706 (33%)	351 (33%)	192 (31%)	163 (35%)	0 (0%)
<i>Neurologia</i>	1.651	1.0	535 (32%)	34 (31%)	0 (0%)	199 (31%)	302 (34%)
<i>Hematologia</i>	815	.5	329 (40%)	84 (36%)	84 (35%)	86 (51%)	75 (44%)
<i>Infectologia</i>	693	.4	228 (33%)	49 (30%)	61 (30%)	58 (33%)	60 (40%)

Fonte: CMCE

Em relação a idade média dos indivíduos que não compareceram às consultas especializadas foi de 46,86 anos, sendo a idade mínima de 1 ano e a máxima de 100 anos. Houve perda de 31,56% na faixa etária até 20 anos, 33,74% na faixa etária de 21 a 40 anos, 31,27% na faixa etária de 41 a 60 anos e 30,74% na faixa etária superior a 60 anos. A tabela 05 apresenta um detalhamento das perdas em cada especialidade demandada.

Tabela 05 - Taxa de absenteísmo nas especialidades, considerando a idade, 2014-2017 – UPAE Petrolina/PE.

Especialidade	Idade							
	Até 20 anos		21-40 anos		41-60 anos		> 60 anos	
	Freq.	Perdas	Freq.	Perdas	Freq.	Perdas	Freq.	Perdas
<i>Dermatologia</i>	5134	1809 (35%)	8822	3182 (36%)	7483	2534 (34%)	4237	1372 (32%)
<i>Oftalmologia</i>	2507	729 (29%)	4293	1300 (30%)	6275	1680 (27%)	6114	1520 (25%)
<i>Cardiologia</i>	676	190 (28%)	3702	1077 (29%)	6745	1931 (29%)	7574	2177 (29%)
<i>Gastroenterol</i>	348	122 (35%)	5040	1688 (33%)	6689	2015 (30%)	3523	1081 (31%)
<i>Cirurgia Geral</i>	339	111 (33%)	4753	1563 (33%)	5745	1712 (30%)	3301	1001 (30%)
<i>Endocrinologia</i>	1057	301 (28%)	3032	845 (28%)	5048	1394 (28%)	3513	967 (28%)
<i>Otorrinolaringologia</i>	4496	1144 (25%)	2848	893 (31%)	2708	801 (30%)	1653	499 (30%)
<i>Fisioterapia</i>	133	71 (53%)	1743	701 (40%)	3571	1372 (38%)	2736	1061 (39%)
<i>Urologia</i>	483	123 (25%)	1699	505 (30%)	2609	668 (26%)	2642	680 (26%)
<i>Proctologia</i>	98	32 (33%)	2516	782 (31%)	3180	861 (27%)	1536	441 (29%)
<i>Reumatologia</i>	75	20 (27%)	944	261 (28%)	2605	719 (28%)	1432	396 (28%)
<i>Angiologia</i>	50	11 (22%)	1063	322 (30%)	1854	505 (27%)	1294	360 (28%)
<i>Nefrologia</i>	68	25 (37%)	535	235 (44%)	683	268 (39%)	817	352 (43%)
<i>Pneumologia</i>	74	20 (27%)	467	155 (33%)	699	245 (35%)	862	286 (33%)
<i>Neurologia</i>	114	42 (37%)	592	198 (33%)	614	193 (31%)	331	102 (31%)
<i>Hematologia</i>	74	29 (39%)	299	128 (43%)	263	110 (42%)	179	62 (35%)
<i>Infecção</i>	67	15 (22%)	231	93 (40%)	271	86 (32%)	124	34 (27%)

Fonte: CMCE

A taxa de absenteísmo às consultas especializadas, quando observadas o tipo de unidade solicitante, a Central de Regulação perdeu 22.057 (37,9%) dos agendamentos solicitados e 44,8% do total das consultas com absenteísmo. Nos Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde o absenteísmo foi de 8.163 (33,4%) dos encaminhados e 15,4% do total das consultas com absenteísmo. Houve perda de 17.759 (26,3%) das consultas solicitadas pelas Secretarias Municipais de Saúde e 39,3% ao se comparar com a perda geral. A tabela 06 apresenta um detalhamento das perdas por tipo de unidade em cada especialidade demandada.

Tabela 06 - Taxa de absenteísmo nas especialidades, considerando o tipo de unidade de saúde solicitante, 2014-2017 – UPAE Petrolina/PE.

Especialidade	Perda	Central de Regulação		Unidade Básica de Saúde		Secretarias M. de Saúde	
		Perda na Unidade	Perda Relativa	Perda na Unidade	Perda Relativa	Perda na Unidade	Perda Relativa
<i>Dermatologia</i>	8.872	4304 (37,6%)	48,38%	1925 (38,3%)	21,64%	2643 (28,9%)	29,71%
<i>Oftalmologia</i>	5.200	2170 (34,3%)	41,50%	310 (25,9%)	5,93%	2720 (23,5%)	52,02%
<i>Cardiologia</i>	5.363	2338 (33,1%)	43,50%	641 (35,4%)	11,93%	2384 (24,3%)	44,35%
<i>Gastroenterolog</i>	4.901	1907 (37,1%)	38,87%	636 (36,0%)	12,96%	2358 (27,2%)	48,06%
<i>Cirurgia Geral</i>	4.377	2416 (35,1%)	55,07%	1077 (31,7%)	24,55%	884 (23,1%)	20,15%
<i>Endocrinologia</i>	3.482	1575 (31,6%)	44,91%	856 (32,9%)	24,41%	1051 (21,2%)	29,97%
<i>Otorrino</i>	3.304	1493 (36,1%)	44,74%	313 (28,9%)	9,38%	1498 (23,6%)	44,89%
<i>Fisioterapia</i>	3.169	1976 (42,4%)	61,65%	1057 (35,6%)	32,98%	136 (30,0%)	4,24%
<i>Urologia</i>	1.965	648 (33,3%)	32,79%	385 (29,1%)	19,48%	932 (22,7%)	47,17%
<i>Proctologia</i>	2.102	1086 (32,9%)	51,32%	352 (30,4%)	16,64%	664 (23,3%)	31,38%
<i>Reumatologia</i>	1.389	458 (33,2%)	32,81%	153 (28,4%)	10,96%	778 (25,0%)	55,73%
<i>Angiologia</i>	1.192	460 (34,7%)	38,40%	91 (24,8%)	7,60%	641 (25,0%)	53,51%
<i>Nefrologia</i>	869	375 (49,4%)	42,61%	185 (40,5%)	21,02%	309 (35,8%)	35,11%
<i>Pneumologia</i>	704	421 (41,1%)	59,63%	57 (36,3%)	8,07%	226 (25,2%)	32,01%
<i>Neurologia</i>	534	146 (38,9%)	27,29%	63 (33,3%)	11,78%	325 (30,2%)	60,75%
<i>Hematologia</i>	328	196 (47,1%)	59,57%	37 (43,5%)	11,25%	95 (31,0%)	28,88%
<i>Infectologia</i>	228	88 (45,8%)	38,60%	25 (36,7%)	10,96%	115 (26,6%)	50,44%

Legenda: Perda na unidade: % perdido considerando apenas as solicitações da unidade. Perda relativa: % perdido em relação a todos os outros tipos de unidades. Por exemplo: 35% dos agendamentos para angiologista realizados na Central de Regulação são perdidos e 38% de todas as perdas para angiologista ocorrem na Central de Regulação.

Fonte: CMCE

No que se refere a taxa de absenteísmo às consultas especializadas, por tempo de espera, houve perda de 29,35% na espera inferior ou igual a 15 dias, 30,51% na espera de 16-30 dias, 33,42% na espera de 31-60 dias e 42,11% na espera superior a 60 dias. A tabela 07 apresenta um detalhamento das perdas em cada especialidade demandada.

Tabela 07 - Taxa de absenteísmo nas especialidades, considerando o tempo de espera, 2014-2017 – UPAE Petrolina/PE.

Especialidade	Tempo de Espera							
	Até 15 dias		16-30 dias		31-60 dias		> 60 dias	
	Freq.	Perdas	Freq.	Perdas	Freq.	Perdas	Freq.	Perdas
<i>Dermatologia</i>	11.369	3973 (35%)	9.890	3182 (32%)	2.896	1016 (35%)	1.521	726 (47%)
<i>Oftalmologia</i>	3.142	876 (28%)	6.028	1555 (25%)	4.981	1281 (25%)	5.038	1517 (30%)
<i>Cardiologia</i>	5.328	1371 (26%)	8.252	2248 (27%)	3.017	909 (30%)	2.100	847 (40%)
<i>Gastroenterolog</i>	3.978	1177 (29%)	5.327	1640 (31%)	3.806	1171 (31%)	2.489	918 (37%)
<i>Cirurgia Geral</i>	10.313	3080 (30%)	2.797	874 (31%)	596	211 (35%)	432	222 (51%)
<i>Endocrinologia</i>	4.812	1330 (28%)	4.338	1102 (25%)	2.196	581 (26%)	1.304	494 (38%)
<i>Otorrino</i>	1.766	420 (24%)	4.126	1138 (28%)	2.927	775 (26)	2.886	1004 (35%)
<i>Fisioterapia</i>	7.051	2706 (38%)	793	321 (40%)	231	115 (50%)	108	63 (58%)
<i>Urologia</i>	2.608	647 (25%)	2.222	533 (24%)	1.336	331 (25%)	1.267	465 (37%)
<i>Proctologia</i>	3.062	806 (26%)	2.259	593 (26%)	1.303	412 (32%)	706	305 (43%)
<i>Reumatologia</i>	827	256 (31%)	1.083	257 (24%)	1.292	334 (26%)	1.854	549 (30%)
<i>Angiologia</i>	403	75 (19%)	1.032	270 (26%)	1.035	275 (27%)	1.791	578 (33%)
<i>Nefrologia</i>	1087	399 (37%)	511	215 (42%)	250	113 (45%)	255	153 (60%)
<i>Pneumologia</i>	639	225 (35%)	552	175 (32%)	612	173 (29%)	299	133 (44%)
<i>Neurologia</i>	328	77 (23%)	388	109 (28%)	246	87 (36%)	689	262 (38%)
<i>Hematologia</i>	312	106 (34%)	255	102 (40%)	124	56 (45%)	124	65 (52%)
<i>Infectologia</i>	506	157 (31%)	142	51 (36%)	33	15 (45%)	12	5 (42%)

Fonte: CMCE

Uma das dificuldades e objetivos inerentes à análise multivariada é o problema de visualizar, resumir e agrupar dados com muitas variáveis. Deste modo, a partir da análise de componentes principais buscou-se resumir e visualizar informações relevantes a partir de combinações lineares dos indicadores estudados, como também identificar grupos de informações com perfil similar utilizando o algoritmo de agrupamento *K-means*.

A esfericidade e o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foram avaliados com fins de verificar respectivamente a adequacidade em termos da matriz de correlações e a variação comum conjunta entre as perdas da Central de Regulação e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), como também o tempo médio de espera e demanda máxima reprimida entre as especialidades. Segundo o teste de esfericidade, a correlação entre as variáveis manteve-se diferente da matriz identidade com KMO igual a 0.73, atendendo as recomendações iniciais para uma Análise de Componentes Principais (ACP).

No gráfico 06 foram identificados grupos, após a análise de componentes principais, considerando as características semelhantes de cada especialidade quanto às perdas na Central de Regulação, as perdas nas Secretarias Municipais de Saúde, o tempo médio de espera para a consulta e a demanda máxima reprimida.

A componente principal horizontal representa um percentual de 74% da análise, a principal questão se refere a perda acentuada na Central de Regulação, à esquerda, e alta perda na Secretaria Municipal de Saúde, à direita. Enquanto a componente vertical explica que as especialidades dispostas na parte superior do gráfico, são aquelas que possuem elevado tempo médio de espera e alta demanda reprimida.

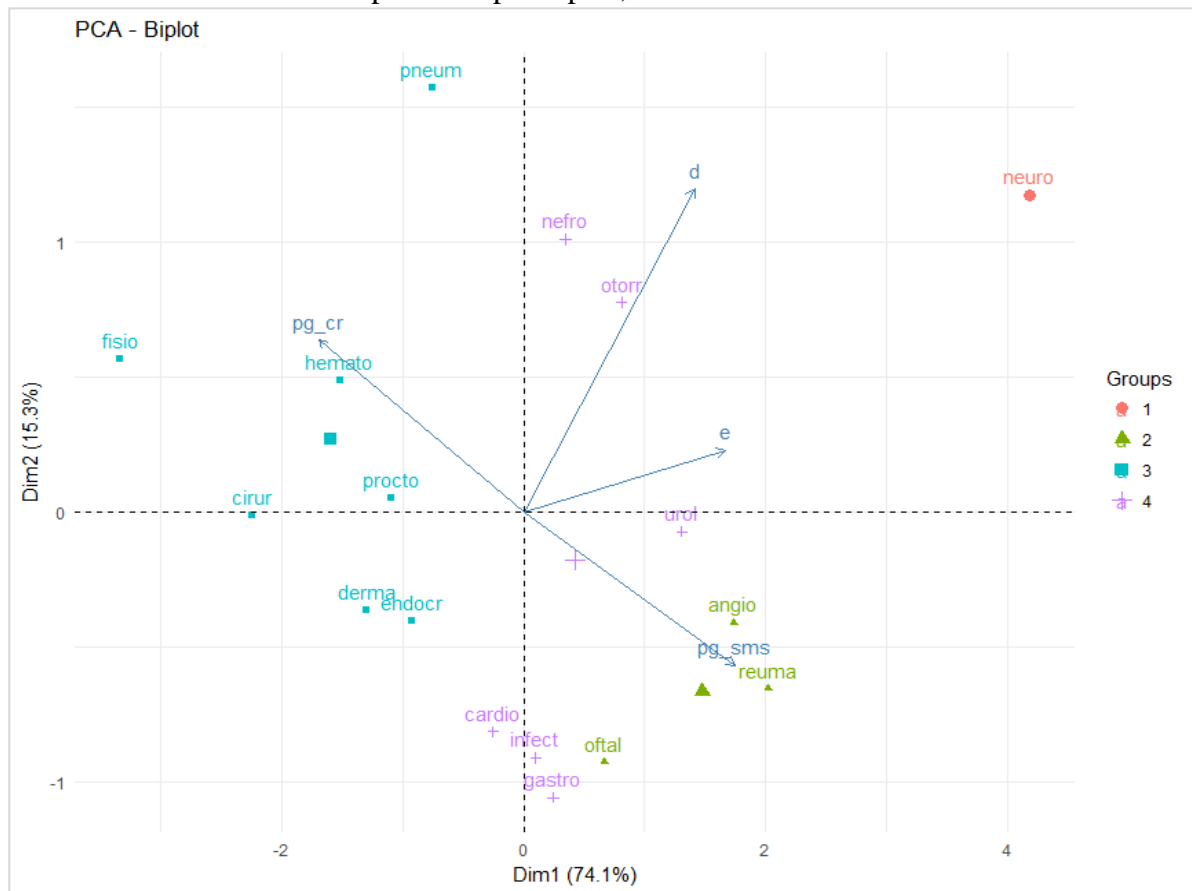
Sendo assim, o grupo 01, caracteriza-se por ter elevado tempo médio de espera (113 dias), alta demanda reprimida (34.55%) e muita perda na SMS (61%). Ao realizar a soma dos fatores para composição do grupo, selecionou-se apenas a especialidade neurologia por ter peculiaridades não compatíveis com as outras especialidades.

O grupo 02 distinguiu-se por ter baixa demanda reprimida (menor que 13,48%), grandes perdas na SMS (entre 52 e 56%) e elevado tempo médio de espera (acima de 60 dias).

Para o grupo 03 destacam-se as altas perdas (entre 45 e 62%) nas consultas solicitadas por meio da Central de Regulação e baixa demanda reprimida (menor que 8,61%) com exceção da especialidade Pneumologia que apresenta alta demanda reprimida (20,32%) e alto tempo médio de espera (39 dias).

Sobre o grupo 04 as perdas entre as unidades solicitantes Central de Regulação e Secretaria Municipal de Saúde se equivalem, porém a alta demanda reprimida (acima de 21%) representa as especialidades do quadrante superior à direita.

Gráfico 06 - Análise de componentes principais, 2014-2017 – UPAE Petrolina/PE.



Fonte: Ambiente R

Discussão

O absenteísmo é uma problemática multifatorial que, assim como ocorre no Brasil^{18,19}, também ocorre em diversos países²⁰⁻²³. A partir deste estudo transversal e descritivo, observou-se que o absenteísmo de indivíduos em primeiras consultas reguladas para especialidades na UPAE/Petrolina está associado a vários fatores, sendo tais fatores importantes para a organização do serviço. Tendo em vista que a regulação destas consultas é realizada por meio de sistema que auxilia na gestão destes fatores, ainda assim não foi suficiente para reduzir a porcentagem de absenteísmo para os anos estudados.

O percentual total de perdas das primeiras consultas especializadas para os anos de 2014-2017 permaneceu em torno de 31%. Estudo realizado por Machado et al. (2015)¹⁸ apresenta também percentual de perda 30% à primeira consulta, no ano de 2011, de usuários residentes em Belo Horizonte, Minas Gerais, referenciados, a partir da atenção primária, para diferentes especialidades odontológicas da atenção secundária da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA). Para o atual estudo, ao se comparar os valores das frequências das taxas de

absenteísmo, nos anos de 2016 e 2017, observa-se um aumento de 14,23%, significando um agravamento desta situação.

Ao passo que, por tipo de unidade de saúde, a maior perda geral ocorre quando a consulta é solicitada por meio da Central de Regulação de Consultas e Exames, o que representa um total de 45%. Gawryszewski (2012, p. 131)²⁴ reporta que “A prática das centrais é a de, a todo o momento, buscar a melhor alternativa assistencial; no entanto, os mecanismos formais, organizativos e pactuados são incapazes, isoladamente, de responder às necessidades impostas cotidianamente”. Ressalta-se que o grupo de solicitações das Secretarias Municipais de Saúde obteve a menor perda interna (26%), o que significa que pacientes não residentes do município que abriga o serviço especializado, comparecem mais que os da sede de localização do serviço, mesmo quando o tempo médio de espera para o atendimento é de 52,1 dias, em comparação com a média de 29,4 dias de espera para os munícipes da sede.

Verificou-se que a maior parte (68,4%) das demandas são atendidas em até 30 dias, porém, quando ultrapassa esse período de espera a taxa de absenteísmo aumenta, principalmente quando o tempo de espera é maior que 60 dias. Ainda nessa linha de raciocínio, o tempo de espera foi um fator associado com o absenteísmo, e na ocorrência de espera maior que 60 dias a perda aproximada é de 42,11% para consultas especializadas. Esta taxa se agrava no que se refere às especialidades de Nefrologia (60%) e Fisioterapia (58%). A literatura corrobora com estes achados. Os autores Norris et. al.²⁵ e Lacy et. al.²⁶ demonstram que o longo tempo na fila de espera está associado ao absenteísmo de indivíduos à atenção ambulatorial especializada. Pois, ela pode ter um papel influenciador, sendo analisada como efeito ou causa do absenteísmo^{27,28}. A perda de consultas agendadas implica no prejuízo do acesso do indivíduo, o que pode gerar custos desnecessários para o serviço, ou ainda compelindo o usuário a buscar soluções alternativas para resolução da sua queixa²⁹.

A estratégia para redução do tempo gasto em uma fila e do absenteísmo nas consultas especializadas, assim como o melhor uso das vagas ofertadas conforme observado nos achados de Mendes³⁰ seria a organização, fortalecimento da capacidade e resolubilidade da Atenção Primária a Saúde, a qual por meio da aproximação entre os níveis de atenção contribuiria para a referência qualificada à Atenção Especializada, onde é comum haver pessoas com doenças de baixa complexidade, ainda, aguardando nas filas.

No estudo, no período de 2014-2017, observou-se que para as especialidades Cirurgia Geral, Dermatologia, Fisioterapia e Infectologia houve semelhança entre as distribuições da

oferta e demanda, logo se ninguém faltasse, a oferta de vagas para essas consultas na Atenção Ambulatorial Especializada, seria suficiente considerando a demanda.

A associação entre o sexo e o absenteísmo foi significativa, mas a diferença entre tais grupos apresentou-se de forma discreta, com uma variação maior para o sexo masculino de apenas 1%.

Houve associação significativa entre as faltas dos pacientes às consultas especializadas e a idade. O grupo dos adultos jovens, na faixa etária de 21 a 40 anos apresentou o maior percentual (34%) de perdas em concordância com os achados do estudo de Machado et al.¹⁸. Principalmente ao se comparar com o grupo de pessoas maiores de 60 anos. Segundo Alhamad²¹, sabe-se que doenças agudas são mais comuns em pessoas de idade mais jovem, o que pode levar à procura de cuidados em serviços de urgência e emergência somente enquanto a doença persistir. Diferente dos grupos de pessoas maiores de 60 anos, nas quais as principais doenças referidas são as crônicas. Outros motivos também podem ser citados, como: razões trabalhistas, esquecimento e indisponibilidade de transporte.

Das 17 especialidades estudadas, a variação encontrada do absenteísmo foi de 26% a 42%, com média de 31%. No Brasil não existe um parâmetro oficial do valor esperado de absenteísmo em serviços de atenção ambulatorial especializada. Alguns autores como Youssef et. al.³¹ encontraram valores de absenteísmo em consultas de clínica geral de 26,3% a 39,8%. Canelada et.al.³² identificaram percentual máximo de perdas em consultas e exames de 30%. Cavalcanti, Cavalcanti, Serrano e Santana¹³ relatam absenteísmo em consultas por Unidade de Saúde da Família, no período de janeiro a maio de 2009, no município de João Pessoa-Paraíba, Brasil de 24,1 a 41,2%.

Conclusões

A perda da oportunidade ao melhor cuidado pode significar o agravamento da condição de adoecimento, com conseqüente sequela, desfecho em óbito e ampliação do custo para financiamento do serviço. O absenteísmo, do ponto de vista da organização dos serviços está associado a longos períodos na lista de espera, e é um fator que compromete a dinâmica de funcionamento do sistema de saúde. Existe margem considerável de redução de demanda reprimida ao se reduzir o absenteísmo em algumas especialidades, com potencial de eliminar totalmente a fila de espera.

Referências

1. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saude Publica* 2014; 48(4): 622-631.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2010.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coletânea Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015.
4. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Central de regulação de leitos: manual operacional, 2014. [Acesso em 18 ago 2018]. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/manual_operacional_grh.pdf
5. Gonçalves, ACF MF. Avaliação da governança regional em uma rede interestadual de saúde: um estudo de caso [dissertação]. Recife PE: IMIP; 2018.
6. Pereira, APCM. Redes Interestaduais de Saúde: o caso da rede de atenção à saúde Pernambuco/Bahia [tese]. São Paulo SP: Faculdade de Medicina da Universidade de São; 2017.
7. Pernambuco-Bahia. Subprojeto regional QualiSUS-Rede. Tecnologia da informação: uma proposta de integração da rede de saúde do Vale do Médio São Francisco. Juazeiro-Petrolina; 2012.
8. Rego IL; Kamimura QP; Silva JLG Regionalização da Saúde: Implicações à construção de redes de saúde interfederativas. *G&DR* 2017; 14(2):455-481.
9. Aguilera, SLVU; França BHS; Moysés ST; Moysés SJ. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. Adm. Pública* 2013; 47(4): 1021-1040.
10. Serra, CG; Rodrigues, PHA. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(3): 3579–3586.
11. Conill, EM; Giovanella L; Almeida, PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(6): 2783–2794.
12. Laroque, MB; Fassa, ACG; Castilhos, ED. Evaluation of Secondary Dental Health Care at the Dental Specialties Centre, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2012-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015; 24(3): 421-430.

13. Cavalcanti, RP; Cavalcanti, JCM; Serrano, RMSM; Santana, PR. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. *Tempus - Actas de Saúde Coletiva* 2013; 7(2).
14. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. New York: Macmillan; 1987.
15. Syakur MA, Khotimah BK, Rochman EMS, Satoto BD. A Comparison Study Between Various Fuzzy Clustering Algorithms. *Jordan Journal of Mechanical and Industrial Engineering (JJMIE)* 2011; 5: 335.
16. Rousseeuw PJ. Silhouettes: A graphical aid to the interpretation and validation of cluster analysis. *Journal of Computational and Applied Mathematics* 1987; 20: 53-65.
17. Tibshirani R, Walther G, Hastie T. Estimating the Number of Clusters in a Data Set Via the Gap Statistic 2001. 411-23.
18. Machado AT; Lucas SD; Werneck MAF; Abreu MHNG. Who did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major Brazilian city: A cross-sectional study. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(1): 289-298.
19. Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Rev Espaço para a Saúde* 2010; 11(2): 56-65.
20. McMullen MJ, Netland PA. Lead time for appointment and the no-show rate in an ophthalmologic clinic. *Clin Ophthalmol* 2015; 9: 513-516.
21. Alhamad Z. Reason for missing appointments in general clinics of primary health care center in Riyadh Military Hospital, Saudi Arabia. *Int J Med Sci Public Health* 2013; 2(2):258-267.
22. Harrington DW, Wilson K, Rosenberg M, Bell S. Access granted! Barriers endure: determinants of difficulties accessing specialist care when required in Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res* 2013; 13:146.
23. Lee VJ, Earnest A, Chen MI, Krishnan B. Predictors of failed attendances in a multispecialty outpatient centre using electronic databases. *BMC Health Serv Res* 2005; 5:51.
24. Gawryszewski, ARB; Oliveira, DC; Gomes, AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis* 2012; 22(1): 119-140.
25. Norris J, Kumar C, Chand S, Moskowitz H, ShaS, Willis D. An empirical investigation into factors affecting patient cancellations and no-shows at outpatient clinics. *Decision Support Systems* Elsevier, USA, v. 57, p.428-443, 2014.
26. Lacy N, Paulman A, Reuter M, Lovejoy, B. Why we don't come: patient perceptions on no-shows. *Ann Fam Med* 2004; 2(6): 541-545.

27. Sarmiento KMA; Tomita S; Kos, AOA. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2005; 71(3): 256-262.
28. Vieira EWR; Lima TMN; Gazzinelli, A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de minas gerais, brasil. *Reme: rev min enferm.* 2015; 1(19): 65-71.
29. Bittar OJ NV; Magalhães A; Martines CM; Felizola NBG; Falcão LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **BEPA** 2016; 13(152): 19-32.
30. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1. ed. Brasília: Opas; 2012.
31. Youssef A, Alharthi H, Khaldi O, Alnaimil F, Alsubaiel N, Alfarissi A. Effectiveness of text message reminders on nonattendance of outpatient clinic appointments in three different specialties: a randomized controlled trial in a Saudi Hospital. *Journal of Taibah University Medical Sciences* 2014; 9(1): 239.
32. Canelada HF, Levorato CD, Corte RIAS, Diniz EES. Redução do absenteísmo através da gestão da agenda e do trabalho em rede. In: *Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde [Blucher Medical Proceedings; 1(2)]; 2014; São Paulo. p.145.*

5.2 ARTIGO 02 - PROBABILIDADE DE ABSENTEÍSMO AMBULATORIAL DE ESPECIALIDADES EM UM MUNICÍPIO BRASILEIRO DE GRANDE PORTE.

Introdução

Nos serviços de saúde de um Sistema de Dominância Estatal¹, o Estado se responsabiliza pela saúde dos seus cidadãos, tratando-a como direito de cidadania, em que apresenta características como a forte presença do Estado nas principais macrofunções do sistema (Financiamento, Regulação e Prestação). Sendo assim, o sistema de saúde traz vantagens, tanto do ponto de vista econômico, como social. Porém algumas desvantagens são elencadas, um exemplo seria as grandes listas de espera para a atenção secundária, principalmente para os procedimentos de média e alta complexidade. Isso pode ocorrer devido à baixa resolutividade na APS, situação infelizmente ainda comum em vários municípios brasileiros, independentemente de seu porte populacional. O que se constata é uma pressão da demanda reprimida, dificultando o acesso aos serviços²⁻⁴.

A dificuldade no acesso à consultas e exames é caracterizada como uma problemática no Sistema Único de Saúde desde a sua criação. A desordem do fluxo dos usuários, a ineficiência da hierarquização, o contingenciamento de recursos financeiros e os limites de acesso são fatores que impactam no tempo de espera e absenteísmo⁵. O tempo de espera ambulatorial é a quantificação do tempo que o usuário aguarda, contabilizado desde a hora da consulta/exame marcado até o momento do desfecho do atendimento. E o absenteísmo é a ausência do usuário a uma consulta ou exame agendado, sem qualquer comunicação prévia por parte do paciente. Isso compromete a resolubilidade do serviço, dificultando o acesso de outras pessoas ao Sistema de Saúde.

Elevados tempos de espera indicam a insuficiência do sistema em atender as necessidades de saúde dos usuários, e têm se tornado um problema comum nos sistemas públicos de saúde. No SUS, uma longa espera para o atendimento ambulatorial especializado, seja consulta ou exame, está entre os principais obstáculos ao acesso a cuidados integrais à saúde, tal fato é um importante determinante da insatisfação referida pelos profissionais e usuários⁶. O aumento da demanda, o aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas, somado à escassez de recursos e de serviços, tem dificultado o acesso à atenção especializada tanto em municípios de grande porte como em municípios de pequeno porte⁷⁻⁸.

A fila de espera ocorre na ocasião da carência de recursos, dificuldades organizacionais e gerenciais de fluxos e protocolos, baixa oferta de serviços e pouca integração entre os níveis primário e secundário de atenção à saúde. Caracteriza-se como uma lista de pessoas, com encaminhamento, que necessitam realizar o agendamento de tratamentos eletivos. São classificadas de duas formas, por presenciais ou virtuais^{9, 10}. Conforme Sarmiento Júnior, Tomita e Kos², os pacientes na fila que habitam uma sala de espera virtual, aguardam um mesmo procedimento, sendo chamados um por vez, de acordo com a ordem da fila.

Esperar longos períodos em uma fila pode ser um fator influenciador corroborando para a ausência do usuário ao procedimento ou serviço especializado marcado. Pesquisadores^{2, 11} analisam como sendo consequência ou motivo do absenteísmo. Isso afeta a acessibilidade do usuário, a condição da gravidade da doença e reverbera para o aumento dos custos no sistema.

Nesse contexto existe a necessidade de preparar propostas que tenham objetivo de contribuir no gerenciamento do acesso dos usuários, reduzindo as filas de espera e as taxas de absenteísmo nas consultas especializadas¹². Ao facilitar o acesso do usuário ao serviço, consequentemente reduz o tempo de espera na fila. Mendes¹³ aborda que a atenção secundária pode assumir um papel de matriciamento para qualificação das equipes da APS, com intuito de fortalecer as estratégias de resolução de parte das problemáticas, sem se tornar necessário encaminhar grande volume dos pacientes para o nível ambulatorial, essa medida pode impactar na redução da fila de espera para as especialidades demandadas na atenção especializada. Sendo assim, este artigo se propõe a analisar fatores associados à fila de espera e absenteísmo de consultas especializadas na Unidade Pernambucana de Atenção Especializada de Petrolina-PE.

Método

Trata-se de um estudo analítico de corte transversal, com abordagem quantitativa utilizando técnicas padronizadas de análise estatística, tendo como estratégia o uso de métodos para mapear, identificar e analisar a regulação assistencial. Realizado na VIII Região de Saúde em Petrolina, Pernambuco, Brasil na Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE) Dr. Emanuel Alírio Brandão, no período de 2014 a 2017. Na coleta de dados se investigou fatores associados à fila de espera e absenteísmo de consultas especializadas, a partir das solicitações e agendamentos registrados nos bancos de dados da Central de Marcação de Consultas e Exames (CMCE). Tal sistema foi desenvolvido para o estado de Pernambuco com objetivo de gerir as consultas e exames de média e alta

complexidade. Os dados secundários foram levantados a partir do DATA-SUS (Sistema de Informação Ambulatorial, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) e nos sistemas de agendamentos das regulações envolvidas - CMCE. Foram elaborados dois bancos sistematizados em planilha eletrônica (extensão.odt ou .xls). O primeiro banco de dados, da extração do DATA-SUS, foi composto pelas 10 maiores produções mensal das consultas especializadas da UPAE Petrolina. O segundo banco foi elaborado a partir do sistema de regulação assistencial, ao obterem-se as consultas especializadas do serviço. Os bancos foram sistematizados por usuário considerando as variáveis sexo, data de nascimento, local de moradia, nome da unidade solicitante, item de agendamento, data de solicitação do procedimento, data do desfecho do agendamento, status da realização do procedimento – confirmado, absenteísmo, cancelado ou negado). Foi adotado como critério de inclusão as consultas reguladas por meio do sistema da Central de Marcação de Consultas e Exames. Foram excluídas as consultas agendadas com situação pendente de confirmação, cancelada, não realizada, e os casos de informações incompletas ou ausentes. Os dados foram gerenciados com o Microsoft Excel (Microsoft Corporation, EUA). Para o processamento e análise estatística dos dados, foram utilizados o teste qui-quadrado de Pearson e o software de domínio público, Ambiente R, por meio da rotina glm do software R 3.5 utilizando os pacotes *base*, *factoMineR* e *factoextra*. A mensuração da probabilidade de eventos diversos foi analisada por meio do modelo de regressão logística binária, para a ocorrência de absenteísmo em consultas especializadas. O modelo, exposto na expressão (1), apresenta parâmetros que calculam as probabilidades.

$$\log \left\{ \frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)} \right\} = \alpha + \hat{\beta}_i \mathcal{X}, \quad i = 1, 2, \dots, p - 1 \quad (1)$$

Foi adaptado um modelo de regressão logística que utilizou como variável dependente Y: ocorrência de absenteísmo e independentes: X1: idade, X2: tempo de espera, X3: sexo, X4: Tipo de Unidade de Saúde e X5: Especialidades. Todos testes foram realizados com nível de significância de 5%. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, seguindo a Resolução Nº 466/2012, apresentando parecer favorável e número de CAAE 04186917.2.0000.5208.

Resultados

No período de 2014 a 2017, foi realizada a regulação de 160.318 consultas especializadas para o serviço de referência em Atenção Ambulatorial Especializada no

município de Petrolina/PE. Deste total excluiu-se 3.036 operações que apresentavam situação pendente de confirmação, cancelada, não realizada, e casos de informações incompletas ou ausentes. Das consultas especializadas incluídas nesta pesquisa 104.135 (66%) foram solicitadas para o sexo feminino e 70.855 (45%) foram agendadas pelas Secretarias Municipais de Saúde dos municípios de Santa Maria da Boa Vista, Lagoa Grande, Cabrobó, Dormentes, Afrânio, Orocó. Os municípios estão a uma distância da sede Petrolina, de 108KM, 61 KM, 178KM, 119KM, 122KM, 161 KM, respectivamente.

No que se refere ao não comparecimento dos usuários às consultas especializadas observou-se uma perda de 48.207 (31%) dos agendamentos. Em 2014 um total de 12.910 (31,46%), em 2015: 11.256 (29,51%), em 2016: 11.222 (32,07%) e 2017: 12.819 (30,65%) de absenteísmo. A idade média dos usuários que faltaram o atendimento foi de 47 anos, mas a maior taxa de absenteísmo (34%) ocorreu na faixa etária de 21-40 anos. A taxa de absenteísmo para pacientes que esperaram mais de 60 dias foi de 42%, considerando todas as especialidades agendadas.

Por meio do modelo de regressão logística, que mensura a probabilidade de ocorrência de eventos diversos, foram identificadas 1.280 possibilidades associadas ao absenteísmo, considerando as variáveis tempo de espera, sexo, faixa etária, especialidades e tipos de unidade de saúde. O impacto da fila de espera no absenteísmo foi estatisticamente significativo ao nível de 5% (valor-p <0,05) ao ser relacionado com o teste Qui-quadrado de Pearson (Tabela 08).

Tabela 08 - Significância das Variáveis

<i>Variável</i>	<i>P-value</i>
<i>Tempo de Espera</i>	<i><0,001</i>
<i>Sexo</i>	<i>0,001365</i>
<i>Faixa Etária</i>	<i>0,0001</i>
<i>Especialidades</i>	<i><0,0001</i>
<i>Tipo de Unidade</i>	<i><0,001</i>

Fonte: Elaboração própria

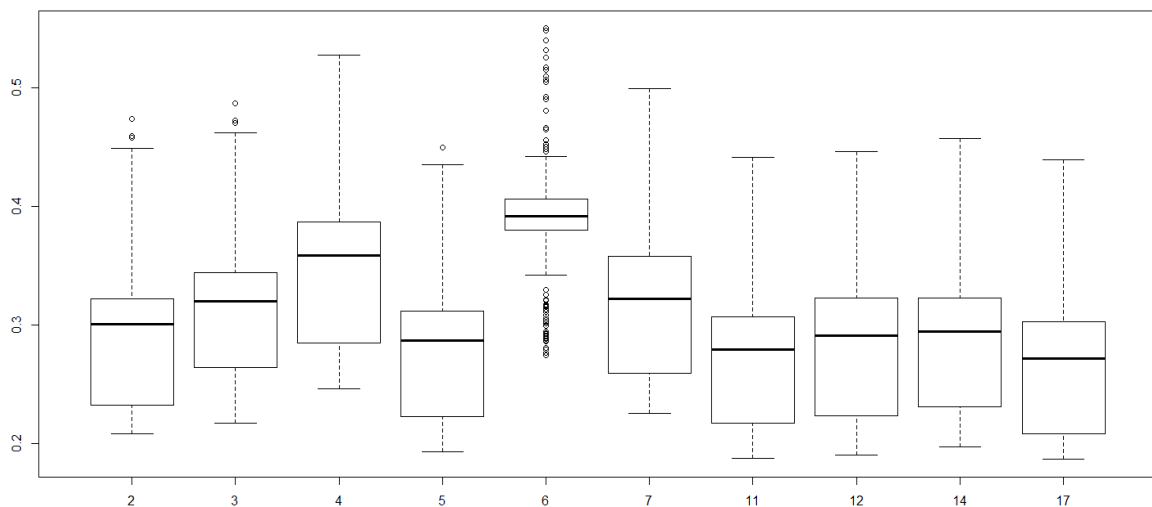
O modelo de regressão logística revelou associação significativa entre o absenteísmo como todas variáveis considerando o parâmetro p-value <0,05 (Quadro 01).

Quadro 01 - Parametrização e significância no modelo de regressão logística				
<i>Categorias</i>	<i>Descrição</i>	<i>Estimativa</i>	<i>Erro padrão</i>	<i>P (> z)</i>
		<i>Intercept</i>	-0.83580	0.03011
<i>Faixa Etária (anos)</i>	21-40	0.06429	0.01989	0,001
	41-60	-0.06757	0.01978	0,000
	>60	-0.07675	0.02119	0,000
<i>Tempo de Espera (dias)</i>	16-30	0.06095	0.01498	0,000
	31-60	0.17480	0.01870	0,000
	61 +	0.51048	0.01990	0,000
<i>Sexo</i>	<i>Masculino</i>	0.05801	0.01275	0,000
<i>Tipo de Unidade</i>	<i>Sec. Mun. Saúde</i>	-0.42055	0.01785	0,000
	<i>Centr. de Reg.</i>	0.09970	0.01691	0,000
	<i>Outras Unid.</i>	-0.39974	0.08283	0,000
<i>Especialidades</i>	<i>Cirurgia Geral</i>	0.05081	0.02553	0,046
	<i>Dermatologia</i>	0.021422	0.02177	0,000
	<i>Endócrino</i>	-0.09799	0.02611	0,000
	<i>Fisioterapia</i>	0.36341	0.02949	0,000
	<i>Gastroenterologia</i>	0.10061	0.02408	0,000
	<i>Oftalmologia</i>	-0.13218	0.02349	0,000
	<i>Otorrinolaringologia</i>	-0.11289	0.02745	0,000
	<i>Proctologia</i>	-0.06838	0.03096	0,027
	<i>Urologia</i>	-0.13882	0.03166	0,000

Fonte: Elaboração própria

A análise evidenciou que a fila de espera impacta no absenteísmo, contudo as probabilidades são diferentes conforme cada especialidade solicitada. Sendo assim, a probabilidade em função da ausência do usuário representa uma média de 31,4% das consultas especializadas, reguladas, detalhadas por especialidade (Gráfico 07).

Gráfico 07 - Probabilidades de absenteísmo segundo consultas especializadas, 2014-2017 – UPAE Petrolina/PE.



Legenda: 2 =Cardiologia (31,0%), 3 = Cirurgia Geral (32,0%), 4 = Dermatologia (35,6%), 5 = Endocrinologia (28,9%), 6 = Fisioterapia (39,0%), 7 = Gastro (33,1%), 11 =

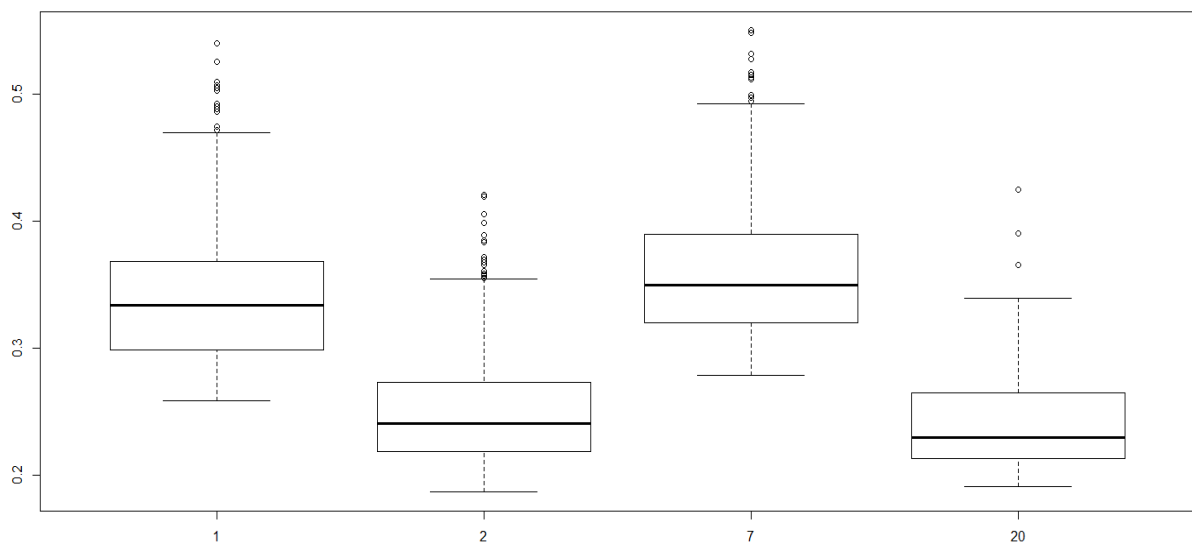
Oftalmologia (28,3%), 12 = *Otorrino* (28,6%), 14 = *Proctologia* (29,5%), 17 = *Urologia* (28,1%).

Fonte: CMCE

Ao verificar a distribuição dos dados observa-se que a maior mediana exibida foi na especialidade de Fisioterapia, assim como, tal especialidade apresenta baixa variabilidade dos dados e distribuição simétrica, mesmo apresentando outlier. Para esta especialidade a probabilidade de absenteísmo está em torno de 39% do que foi ofertado pelo serviço de Atenção Ambulatorial Especializada de Petrolina. A especialidade que apresentou menor probabilidade do não comparecimento do usuário à consulta foi a Urologia, mesmo assim a probabilidade de perdas é aproximadamente 28%.

O gráfico 08 refere-se à distribuição dos dados de probabilidade por tipo de unidade de saúde que solicitou o agendamento das consultas especializadas para o usuário.

Gráfico 08 - Probabilidades de absenteísmo segundo tipos de unidades solicitantes, 2014-2017 – UPAE Petrolina/PE.



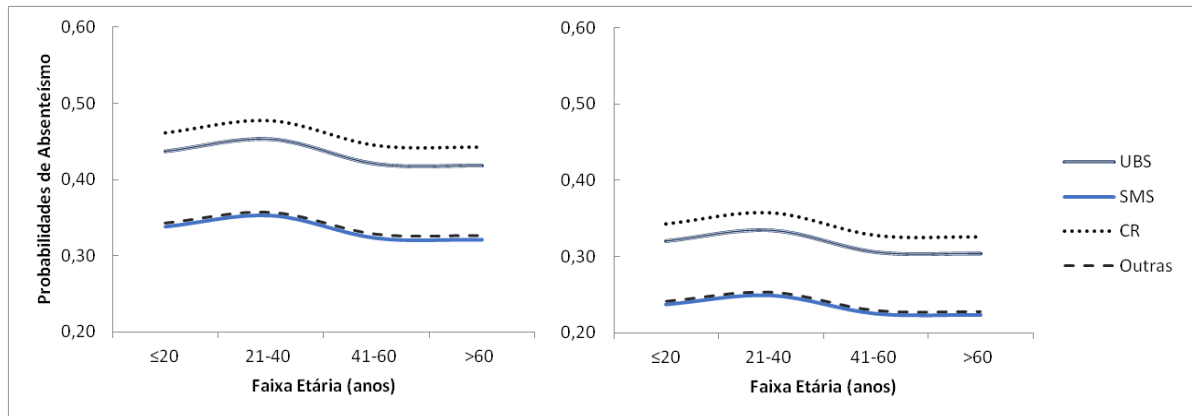
Legenda: 1= Centro de Saúde/Unidades Básicas de Saúde (35,1%), 2 = Secretarias Municipais de Saúde (26,4%), 7 = Central de Regulação (37,4%), 20 = Outras Unidades de Saúde (26,8%).

Fonte: CMCE

Quando usuários são encaminhados pelas Secretarias Municipais de Saúde, foi verificada uma menor probabilidade de absenteísmo às consultas especializadas na UPAE, ou seja, quando a solicitação de um atendimento ambulatorial da UPAE é realizada por municípios que não são do município sede, existe uma menor chance do não comparecimento a esse atendimento.

As maiores probabilidades de absenteísmo foram encontradas na faixa etária de 21-40 anos nas consultas especializadas. O gráfico 09 apresenta as probabilidades variando de 35,24% a 47,68% para as consultas de Fisioterapia e 25,25% a 35,66% para as de Urologia.

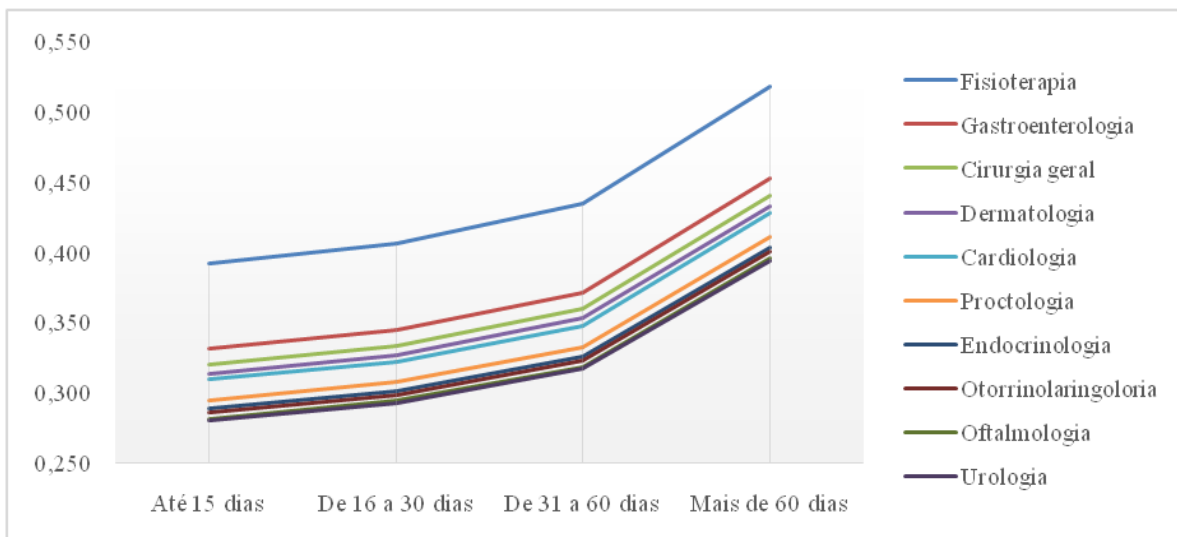
Gráfico 09 - Probabilidade de absenteísmo para consultas de Fisioterapia e Urologia, respectivamente, segundo a faixa etária, considerando o tipo de unidade solicitante, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.



Fonte: Elaboração própria

Ao observar o grupo das 10 especialidades mais demandas para a atenção secundária em Petrolina, o gráfico 10 apresenta em ordem decrescente a probabilidade de absenteísmo por especialidade, sendo a fisioterapia a especialidade de maior destaque.

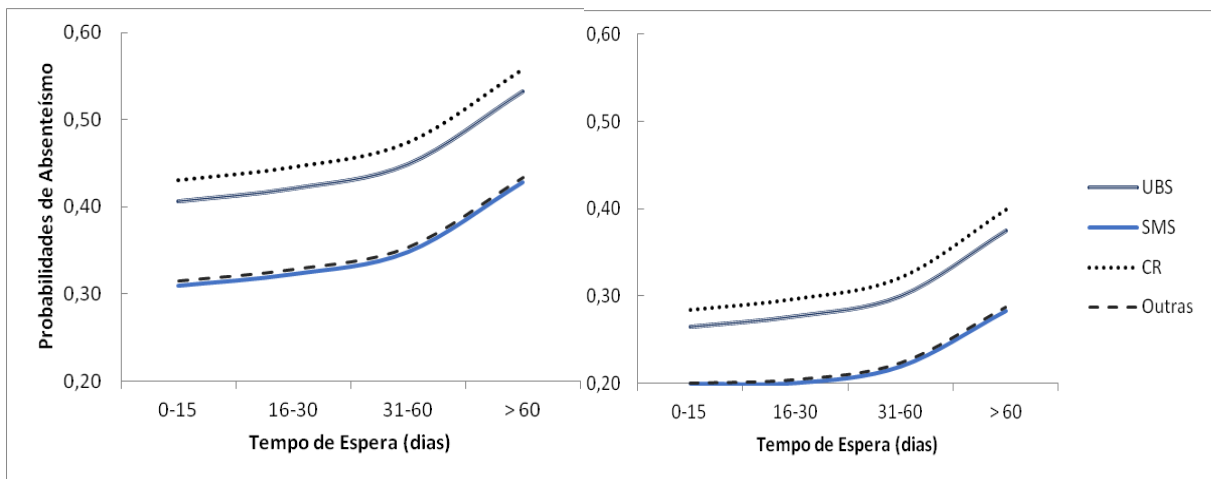
Gráfico 10 - Probabilidades de absenteísmo para consultas especializadas segundo o tempo de espera, considerando o tipo de unidade solicitante, 2014-2017 – UP AE Petrolina/PE.



Fonte: Elaboração própria

Conforme o gráfico 11, as maiores probabilidades de absenteísmo para as consultas de Fisioterapia ocorrem quando o tempo de espera é maior que 60 dias e quando as consultas são solicitadas por meio da Central de Regulação de Consultas e Exames, podendo chegar ao máximo de 56,46% para o sexo masculino e 55,03% para o feminino. A especialidade de Urologia apresentou as menores probabilidades de absenteísmo, o melhor perfil encontrado foi de uma chance de 19,11% de falta quando a pessoa do sexo feminino, com idade superior a 60 anos, solicita uma consulta especializada por meio da Secretaria Municipal de Saúde e espera até, no máximo, 15 dias para ser atendida.

Gráfico 11 - Probabilidades de absenteísmo para as consultas de Fisioterapia e Urologia, respectivamente, segundo o tempo de espera, considerando o tipo de unidade solicitante, 2014-2017 – UPAE Petrolina/PE.



Fonte: Elaboração própria

A partir das análises realizadas, identificaram-se alguns perfis com probabilidades de perdas para as especialidades, tendo em vista a média e mediana das variáveis tempo de tempo e idade (Tabela 09).

Tabela 09 - Probabilidades de absenteísmo por especialidade demandada, conforme tempo de espera e idade, 2014-2017 – UPAE Petrolina/PE.

<i>Especialidades</i>	<i>Tempo de Espera (dias)</i>		<i>Idade (anos)</i>		<i>Probabilidades de Absenteísmo</i>
	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>	
<i>Cardiologia</i>	33	21	51	52	30 a 33%
<i>Cirurgia Geral</i>	16	11	44	43	30 a 32%
<i>Dermatologia</i>	24	18	36	34	38%
<i>Endocrinologia</i>	31	20	45	46	29 a 31%
<i>Fisioterapia</i>	12	9	50	50	37%
<i>Gastroenterologia</i>	38	27	45	44	33% a 35%
<i>Oftalmologia</i>	60	32	45	46	30%
<i>Otorrinolaringologia</i>	50	30	30	27	31 a 34%
<i>Proctologia</i>	31	19	44	43	29% a 32%
<i>Urologia</i>	45	21	49	50	28 a 30%

Fonte: Elaboração própria

Discussão

A partir deste estudo, foi possível inferir que há forte associação entre o não comparecimento de usuários às consultas especializadas quando são reguladas pelo próprio serviço de atenção ambulatorial especializada de Petrolina/PE, e quanto maior for o tempo na fila de espera. De um modo geral o principal perfil de faltosos, ao considerar a probabilidade de absenteísmo, são aqueles indivíduos entre 21 a 40 anos, que esperaram mais de 60 dias, e que solicitaram a consulta por meio da unidade Central de Regulação de Consulta de Exames, independentemente do tipo de consulta requerida. Destarte, os dados corroboram com o indicado no estudo de Siqueira¹⁴, no qual é observado que as chances de perder uma consulta diminuíram com o aumento da idade, ou seja, pessoas acima de 60 anos apresentaram a menor probabilidade de falta e a maior probabilidade ocorreu entre os indivíduos que possuem de 21 a 40 anos.

Ao observar que quando o agendamento da consulta especializada ocorre em municípios circunvizinhos ao município polo que sedia o serviço de Atenção Ambulatorial Especializada, incide menor probabilidade de perda das consultas especializadas. Ou seja, a distância entre a localização geográfica de residência do paciente e o serviço especializado não demonstrou interferência no absenteísmo do usuário. Em discordância com os achados, outros autores¹⁵ observaram que pacientes residentes em locais de maiores distâncias e menor renda familiar apresentam maior chance de não comparecer à primeira consulta especializada.

No concernente ao período de espera, intervalo superior a 60 dias está relacionado ao aumento da probabilidade de absenteísmo. A partir do observado neste estudo, esperar até 15 dias para a ocorrência da consulta especializada pode influenciar em perda de 30%, quando a

espera é de até 60 dias, a probabilidade aumenta para 35% e no momento em que a espera ultrapassa o limiar de 60 dias, a chance de absenteísmo alcança os 43%. Esperar longos períodos acarreta insatisfação dos pacientes com o serviço e repercussão na fila de espera, pois o tempo é apontado como um dos principais fatores associado à falta do paciente, o que sugere a necessidade da gestão dos fluxos assistenciais, pretendendo a facilitação do acesso e a redução do tempo de espera, conforme afirmam Bender et al.⁷; Machado et al.¹⁶; Bittar et al.¹⁷.

O tempo médio de espera para uma consulta na Atenção Ambulatorial Especializada em Petrolina é de 44 dias. Sendo assim, os pacientes encaminhados para cuidados especializados apresentam probabilidade de falta de 35%, podendo haver variações de acordo com cada especialidade referenciada. Estudo realizado por pesquisadores da Universidade da Virgínia EUA, aponta a taxa média de 21,7% de absenteísmo para consultas especializadas em oftalmologia, e identificou-se que a taxa de não comparecimento reduziu em quase 60% quando todas as consultas foram agendadas no período ideal de até 02 semanas¹⁸.

É necessário aprofundar os atuais estudos sobre absenteísmo para identificar os fatores que contribuem no acompanhamento da fila de espera e na elaboração de estratégias para redução do tempo de espera, como uma maneira mais eficaz de realizar o agendamento das consultas, bem como melhorar o uso das vagas ofertadas. Mendes¹³ traz que a falta de interação entre a Atenção Primária e Secundária à Saúde, as barreiras de acesso, a desorganização dos serviços de saúde acarretam prejuízos ao direito à assistência a saúde dos usuários. E a integração entre os níveis de atenção cooperaria para a referência qualificada à Atenção Especializada o que impactaria nos fatores pertinentes à diminuição da fila de espera.

Foram desenvolvidas iniciativas para gerenciamento das longas listas de espera para serviços eletivos no sistema de saúde canadense, em Calgary, foram adotados instrumentos de contagem de pontos que realizam avaliação da gravidade e condição de saúde do paciente. Essas medidas foram assumidas como funcionais para o desenvolvimento e definição de prioridades. Para tal validação foi necessário a realização de entrevistas e grupos focais com pessoas-chave na construção do protocolo de pontuação de cada área clínica envolvida. Houve maior confiabilidade na validação do sistema de pontuação para as cirurgias gerais. Ainda que, muito embora, o projeto não tenha impactado nas listas de espera, é caracterizado como um avanço relevante para a gestão local^{19,20}.

Um estudo espanhol analisou as principais estratégias para otimização da gestão das listas de esperas, principalmente para: consultas especializadas, exames diagnósticos e cirurgias eletivas. Na ótica da implantação de políticas para melhorar essa problemática, o

estudo concluiu que é necessário associar investimento de recursos financeiros com estratégias para o controle da demanda, como a utilização de protocolos de indicação clínica, para evitar os encaminhamentos desnecessários, assim como criar formas equânimes de priorização de pacientes para acesso ao serviço com base na necessidade²¹. No entanto, deve-se avaliar se a estratégia limita o agendamento, pois pode ocorrer uma falsa impressão de redução da demanda¹⁵.

Tendo em vista o desenho deste estudo transversal e analítico, que utilizou exclusivamente dados secundários, esta pesquisa, pioneira na análise dos fatores associados ao absenteísmo em consultas especializadas no município sede de Pernambuco da Rede Interestadual Pernambuco-Bahia, tem potencialidade para subsidiar os gestores na tomada de decisão do processo de regulação assistencial do serviço de atenção secundária estadual. Mesmo que os resultados encontrados revelem a multifatorialidade do absenteísmo, especialmente no tocante ao longo período de espera, ainda se torna necessário a realização de outros estudos para aprofundamento dos resultados encontrados.

Conclusões

Tendo em vista o desenho deste estudo transversal e analítico, com dados secundários, esta pesquisa, pioneira na análise dos fatores associados ao absenteísmo em consultas especializadas, em um município sede de uma Rede Interestadual de saúde, na Região Nordeste do Brasil, tem potencialidade para subsidiar os gestores na tomada de decisão sobre aspectos da regulação assistencial de serviços especializados. Os resultados encontrados revelam a multifatorialidade do absenteísmo, especialmente no tocante ao longo período de espera.

Referências

1. Junior JPB; Messias KLM. Sistemas de Serviços de Saúde: Principais Tipologias e suas Relações com o Sistema de Saúde Brasileiro. *Rev. Saúde Com* 2005; 1(1): 79-89.
2. Sarmiento KMA; Tomita S; Kos AOA. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Rev. Bras. Otorrinolaringol* 2005; 71(3): 256-262.
3. Conass. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: Conass, 2007.

4. Pires MRGM; Gottens LBD; Martins CMF; Guilhem D; Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2010; 15(1): 1009-1019.
5. Lima DMG; Ventura LO; Brandt CT. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia* 2005; 68(3): 357-362.
6. Aeenparast A; Farzadi F; Maftoon F. Waiting Time For Specialist Consultation In Tehran. *Arch Iran Med* 2012; 15(12): 756-8.
7. Bender AS, Molina LR, Mello ALSF. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Rev Espaço para a Saúde* 2010; 11(2): 56-65.
8. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka, OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2010; 20(3): 953-72.
9. Vilela, MPS. Experience report: The problem of the queue at a health facility - Recife - PE. 2010 [monografia]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
10. Conill, EM; Giovanella L; Almeida, PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(6): 2783-2794.
11. Vieira EWR; Lima TMN; Gazzinelli A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de minas gerais, brasil. *Reme: rev min enferm* 2015; 1(19): 65-71.
12. Conass. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Planificação da Atenção à Saúde: Um instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Conass, 2018.
13. Mendes EV. *A construção social da atenção primária à saúde*. 1. ed. Brasília: CONASS, 2015.
14. Siqueira UBG. *Análise do Impacto da Fila de Espera na Probabilidade de Absenteísmo em Exames e Consultas* [monografia] Vitória de Santo Antão (PE): Universidade Federal de Pernambuco; 2018.
15. Gomes MAG; Abreu MHNG; Ferreira FM; Fraiz FC; Menezes JVNB. No-shows at public secondary dental care for pediatric patients: a cross-sectional study in a large Brazilian city. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019; 24(5):1915-23.
16. Machado AT; Lucas SD; Werneck MAF; Abreu MHNG. Who did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major Brazilian city: A cross-sectional study. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(1): 289-298.

17. Bittar OJ NV; Magalhães A; Martines CM; Felizola NBG; Falcão LHB. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **BEPA** 2016; 13(152): 19-32.
18. McMullen MJ, Netland PA. Lead time for appointment and the no-show rate in an ophthalmologic clinic. *Clin Ophthalmol* 2015; 9: 513-516.
19. Noseworthy TW; McGurran JJ; Hadorn DC. Waiting for scheduled services in Canada: development of priority-setting scoring systems. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2003; 9(1): 23–31
20. Hadorn, DC. Setting priorities on waiting lists: point-count systems as linear models. *Journal of Health Services Research & Policy* 2003; 8(1): 48–54.
21. Rodriguez E; Álvarez B; Abad P. Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(3):702-707.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Depreende-se que à fila de espera e o absenteísmo está associado estatisticamente ao nível de 5% de significância, para sexo, idade, tempo de espera, tipo de unidade de saúde e especialidade solicitada.

Ao estudar o impacto da fila de espera sobre o não comparecimento às consultas especializadas no nível secundário de atenção à saúde, demonstrou-se que o aguardar longos períodos de tempo influi no comportamento dos usuários, pois a probabilidade do absenteísmo é aumentada na medida em que o tempo de espera se estende.

No tocante a situação do absenteísmo das consultas especializadas, foi identificada maior probabilidade de perdas na especialidade fisioterapia, quando o agendamento ocorre por meio da central de regulação de consultas e exames. Porém, é importante esclarecer que as causas das faltas precisam ser compreendidas considerando fatores como perfil e gravidade da doença do paciente, quadro profissional disponível e infraestrutura para cada especialidade.

Ressalta-se que, as solicitações provenientes dos municípios circunvizinhos à Petrolina apresentam menor chance de absenteísmo, ou seja, usuários que agendaram as consultas especializadas por meio das Secretarias Municipais de Saúde tem menor probabilidade de faltar ao atendimento quando comparado aos residentes do município que sedia a Unidade de Atendimento Especializado.

O perfil que apresentou as mais elevadas probabilidades de absenteísmo foi de usuário do sexo masculino, na faixa etária de 21 a 40 anos, que solicitou a consulta para a especialidade fisioterapia, por meio da Central de Regulação de Consultas e Exames e que esperou período maior que 60 dias para o atendimento. Conseqüentemente, investir em estratégias que reduzam a espera em filas por longos períodos de tempo, seja na reorganização dos serviços ou na oferta de mais vagas, repercutirá na diminuição do absenteísmo na atenção ambulatorial especializada. Para tanto, medidas estruturantes relacionadas ao financiamento, ao provimento de pessoal, oferta organizada de serviços com base nas necessidades em saúde, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, entre outras, são garantidoras de projetos de regulação sustentáveis e que repercutam na melhoria do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

- AEENPARAST, Afsoon; FARZADI, Faranak; MAFTOON, Farzaneh. Waiting time for specialist consultation in tehran. *Arch Iran Med*, Iran, v. 15, n. 12, p. 756-8, 2012.
- AGUILERA, Sandra Lúcia Vieira Ulinski; FRANÇA, Beatriz Helena Sottile; MOYSÉS, Simone Tetú; MOYSÉS, Samuel Jorge. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, p. 1021-1040, 2013.
- ALBIERI, Flavius Augusto Olivetti; SANTO ANDRÉ, Larissa Desiderá; MALAQUIAS, Ana Kelly; MOREIRA, Roberto Aparecido; FILIPE JUNIOR, José; PUCCINI, Paulo de Tarso. Agilidade no acesso do cidadão a partir da gestão de fila de espera da atenção especializada ambulatorial em busca da melhoria da eficácia da rede de atenção à saúde. SMS, São Paulo, 2015.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2013.
- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; MELLO, Guilherme Arantes; IOZZI, Fabíola Lana. O processo de regionalização em saúde nos estados brasileiros. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa, (p.117-172), 2011.
- ALHAMAD, Zahi. Reason for missing appointments in general clinics of primary health care center in Riyadh Military Hospital, Saudi Arabia. *Int J Med Sci Public Health*, v. 2, n.2, p. 258-267, 2013.
- ALMEIDA, Eliza P. de. Uso do Território Brasileiro e os Serviços de Saúde no Período Técnico-Científico-Informacional. Tese. Faculdade de Filosofia Ciências e Letras – FFLCH/USP, 2005.
- ANDRADE, Maria do Carmo Ferreira. A política de regulação assistencial no município de Caruaru-PE. Dissertação. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet*, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012
- BANKAUSKAITE, Vaida; DUBOIS, Hans F.W.; SALTMAN, Richard B. Patterns of decentralization across European ealth systems. In: SALTAMAN Richard B.; BANKAUSKAITE Vaida.; VRANGBAEK Karsten, organizadores. *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. Maidenhead: Open University Press; p.22-43, 2007.
- BENDER Anemarie da Silveira, MOLINA Leandro Ribeiro, MELLO Ana Lúcia Schaefer Ferreira. Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. *Rev Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 11, n.2, p.56-65, 2010.

BITTAR, Olimpio J. Nogueira V. et al. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. BEPA, São Paulo, v.13, n.152, p. 19-32, 2016.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, por meio da Norma Operacional Básica – SUS 01/93 do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 20 de maio de 1993a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde nº 1286, de 26 de outubro de 1993. Diário Oficial Da União. Brasília, 1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma operacional Básica – NOB 1/96 do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 26 de janeiro de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro nº 373 de 27-02-2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2002. Diário Oficial Da União. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. Portaria nº 423, de 09 de Julho de 2002. Diário Oficial Da União. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A Regionalização da Saúde* (Versão preliminar para discussão interna). Brasília: jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Regionalização Solidária e Cooperativa. Série Pactos Pela Saúde. v.3, 2006a

BRASIL. Portaria GM/MS n.699 de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União 2006b, 03 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Manual de implantação de complexos reguladores. Brasília; 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/GM nº 1559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de agosto de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP. Comitê Gestor do Decreto 7508 – GE COAP. Contrato organizativo da ação pública da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Região Integrada de Desenvolvimento – RIDE Petrolina-Juazeiro. 2011c. Disponível em:
http://www.mi.gov.br/c/document_library/get_file?uuid=e7f5d3d8-e874-4968-8dda-210b04e07026&groupId=63635

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coletânea Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Uma utopia possível: o SUS Brasil. Revista Radis. Programa Radis de Comunicação e Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Rio de Janeiro, n.145, p. 16-17, 2014.

CASTRO Janice Dornelles. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. Sociologias, Porto Alegre, v.4, n. 7, p. 122-135, 2002.

CAVALCANTI, Ronald Pereira; CAVALCANTI, Jaqueline Cristina Mota; SERRANO, Rossana Maria Souto Maior; SANTANA, Paulo Roberto de. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. Tempus - Actas de Saúde Coletiva, João Pessoa, v. 7, n. 2, 2013.

CANELADA Haline Fernanda, LEVORATO Cleice Daiana, CORTE Rachel IA da Silveira, DINIZ Emanoela E. dos Santos. Redução do absenteísmo através da gestão da agenda e do trabalho em rede. In: Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde [internet]. São Paulo, v.1, n. 2, p.145, 2014.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília: Conass, 2007.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção à Saúde: Um instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Conass, 2018.

CONILL, Eleonor Minho; GIOVANELLA, Ligia; ALMEIDA, Patty Fidelis. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir

do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2783–2794, 2011.

COSTA, Nilson Rosário da. “A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva”. In: NEGRI, Barjas e DI GIOVANNI, Geraldo. *Brasil: radiografia da saúde*. Campinas, SP: UNICAMP. IE, 2001. pp. 307-321.

DOMINGUEZ, Bruno. Regionalização é o caminho. *Revista Radis*. Programa Radis de Comunicação e Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), n .145, p. 11-15, 2014.

DONALDSON Cam, GERARD Karen. *Economics of health care financing: the visible hand*. London: McMillan Press; 1993.

ESCOREL, Sara; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lígia. et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 279-322, 2008.

FLEURY, Sonia e OUVÉRY, Assis Mafort. *Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli *Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação*. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.3, p.783-794, 2009.

GONÇALVES, Ana Carolina Fonseca Marques Ferreira. *Avaliação da governança regional em uma rede interestadual de saúde: um estudo de caso*. Dissertação. Recife: IMIP, 2018.

GOMES, Mario Augusto Gori; ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães; FERREIRA, Fernanda Moraes; FRAIZ, Fabian Calixto; MENEZES, José Vitor Nogara Borges. No-shows at public secondary dental care for pediatric patients: a cross-sectional study in a large Brazilian city. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.24, n.5, p.1915-23, 2019.

HADORN, David C. Setting priorities on waiting lists: point-count systems as linear models. *Journal of Health Services Research & Policy* v. 8, n.1, p. 48–54, 2003

HAIR Joseph F.; ANDERSON Rolph E.; TATHAM Ronald L. *Multivariate data analysis*. New York: Macmillan; 1987.

HARRINGTON, Daniel W.; WILSON, Kathi; ROSENBERG, Mark; BELL, Scott. Access granted! Barriers endure: determinants of difficulties accessing specialist care when required in Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res*, v.13, n.146, 2013.

JUNIOR José Patrício Bispo; MESSIAS, Kelly Leite Maia. *Sistemas de Serviços de Saúde: Principais Tipologias d suas Relações com o Sistema de Saúde Brasileiro*. *Rev. Saúde Com*, Ceará, v.1, n. 1, p.79-89, 2005.

KEINERT, Tania MM. Gestão Estratégica de Políticas Públicas pelos Governos Subnacionais: Análise da Experiência: Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde no Estado do Ceará. São Paulo: NPP/FGVSP, 2001 (Relatório de Pesquisa).

KUSCHNIR, Rosana. & CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2307-2316, 2010.

LACY Naomi, PAULMAN Audrey, REUTER Matthew, LOVEJOY, Bruce. Why we don't come: patient perceptions on no-shows. *Ann Fam Med*, Nebraska, v.2, n.6, p.541-545, 2004.

LAROQUE, Mariane Baltassare; FASSA, Anacláudia Gastal; CASTILHOS, Eduardo Dickie. Evaluation of Secondary Dental Health Care at the Dental Specialties Centre, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2012-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 24, n. 3, p. 421-430, 2015.

LEE, Vernon J.; EARNEST, Arul; CHEN, Mark I.; KRISHNAN, Bala. Predictors of failed attendances in a multispecialty outpatient centre using electronic databases. *BMC Health Serv Res*, Singapura, v.5, n.51, 2005.

LIMA, Danielle Maria Gomes; VENTURA, Liana Oliveira; BRANDT, Carlos Teixeira. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 357-362, 2005

LIMA, Luciana Dias de. A Comissão Intergestores Bipartite a CIB do Rio de Janeiro. *Physis*. Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 199-252, 2001.

LOPES, Clélia MN. Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde no Ceará (1998 – 2006): implantação e resultados na utilização de internações hospitalares. Dissertação. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE, 2007.

LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000.

MACHADO Alessandra Trintade et al. Who did not appear? First dental visit absences in secondary care in a major Brazilian city: A cross-sectional study. *Ciência & Saúde Coletiva*, Minas Gerais, v. 20, n. 1, p. 289-298, 2015.

MCMULLEN, Michel J.; NETLAND, Peter A. Lead time for appointment and the no-show rate in an ophthalmologic clinic. *Clin Ophthalmol*, Virgínia, v.9, p.513-516, 2015.

MAGALHÃES JR, Helvécio Miranda. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2002.

MARCON, Cátio de Lurdes Ferreira et al. Implementação do Sistema de Regulação (SISREG) para o Agendamento de Consultas e de Exames Especializados no Município de Garopaba. *Coleção Gestão da Saúde Pública*, Santa Catarina, v.2, p. 49-64, 2012.

MATTOS Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben Araújo de, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco; 2006. p. 39-64.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. Os grandes dilemas do SUS. v.2. 1ed. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES , Eugênio Vilaça. Reflexão sobre a NOAS SUS 01/02. In: Relatório final do 1º Seminário do CONASS para a construção de Consensos: preocupações e prioridades dos Secretários Estaduais de Saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2003. p. 65-100.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Revisão bibliográfica sobre as Redes de Atenção à Saúde* . Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Minas Gerais, v.15, n.5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1. ed. Brasília: Opas, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da atenção primária à saúde. 1. ed. Brasília: CONASS, 2015.

NEAL, Richard D.; HUSSAIN-GAMBLES, Mahvash; ALLGAR, Victória L.; LAWLOR Debbie A., DEMPSEY Owen. Reasons for and consequences of missed appointments in general practice in the UK: questionnaire survey and prospective review of medical records. BMC Fam Pract, Reino Unido, v.6, n.47, 2005.

NOSEWORTHY, Tom W.; MCGURRAN, John J.; HADORN, David C. Waiting for scheduled services in Canada: development of priority-setting scoring systems. Journal of Evaluation in Clinical Practice, Calgary, v.9, n.1, p.23–31, 2002.

NORRIS John, KUMAR Chetan, CHAND Suresh, MOSKOWITZ Herbert, SHADE Steve, WILLIS Deanna. An empirical investigation into factors affecting patient cancellations and no-shows at outpatient clinics. Elsevier, USA, v. 57, p.428-443, 2014.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Informe Dawson sobre el Futuro de los Servicios Medicos y Afines. Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920. Publicación Científica n.93, febrero de 1964.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Medição do desempenho das funções essenciais de saúde pública: guia para a aplicação do instrumento de desempenho das funções essenciais de saúde pública. Washington: OPAS; 2001.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC: Organización Panamericana de La Salud, 2010.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *A atenção à saúde coordenada pela Atenção Primária de Saúde (APS): construindo as redes de atenção no SUS*. Contribuições para o debate. Brasília-SF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes. Dilemas Federativos e Regionalização na Saúde: o papel do gestor estadual do SUS em Minas Gerais. Dissertação. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ, 2009.

PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes. Redes Interestaduais de Saúde: o caso da rede de atenção à saúde Pernambuco/Bahia. Tese. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – SP, 2017.

PARIZOTO, Jaine. Análise dos fatores impactantes na fila de espera de exames de ultrassonografia na cidade de Joinville. 2016. TCC - Instituto Federal de Santa Catarina, Joinville, 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Central de regulação de leitos: manual operacional, 2014. [Acesso em 18 ago 2018]. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/manual_operacional_grh.pdf

PERNAMBUCO-BAHIA. Subprojeto regional QualiSUS-Rede. Tecnologia da informação: uma proposta de integração da rede de saúde do Vale do Médio São Francisco. Juazeiro-Petrolina; 2012.

PIRES, Maria R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1009-1019, 2010.

PIQUET, Rosélia Perissé da Silva & RIBEIRO, Ana Clara Torres. Tempos, ideias e lugares: o ensino do planejamento urbano e regional no Brasil. Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais, São Paulo, v. 10, n.1, p. 49-59, 2008.

REGO Izadória Lopes; KAMIMURA Quésia Postigo; SILVA José Luis Gomes da Regionalização da Saúde: Implicações à construção de redes de saúde interfederativas. G&DR, Taubaté, v. 14, n. 2, p. 455-481, 2017.

RODRIGUES Raquel Miguel, et al. Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco: potencial instituinte para a produção de redes vivas. In: FEUERWERKER Laura CAMARGO Macruz, BERTUSSI Débora Cristina, MERHY Emerson Elias (org.). Políticas e cuidados em saúde. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1 Ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

RODRIGUEZ, Eva; ÁLVAREZ, Begoña; ABAD, Pilar. Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.702-707, 2008.

ROSEN, Rebecca; HAM, Chris. – Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia: informe Del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención integrada*, v.1, n. 2, 2008.

ROUSSEEUW Peter J. Silhouettes: A graphical aid to the interpretation and validation of cluster analysis. *Journal of Computational and Applied Mathematics*. v.20, p.53-65, 1987.

SARMENTO, Krishnamurti M. A.; TOMITA, Shiro; KOS, Arthur O. A. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, v. 71, n. 3, p. 256-262, 2005.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SANTOS, Adriano Maia; GIOVANELLA, Lígia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

SANTOS, Fausto Pereira; MERHY, Emerson Elias. Public regulation of the health care system in Brazil - a review. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Rio de Janeiro, v.10, n.19, p.25-41, 2006.

SANTOS, Lenir e ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v.16, n.3, p. 1671-1680, 2011.

SANTOS, Lenir. SUS: desafios político-administrativos da gestão interfederativa da saúde, regionalizando a descentralização. Tese. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM/Unicamp. Campinas-SP, 2012.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3579–3586, 2010.

SILVA, Marcus Vinícius Caetano Pestana da; MENDES, Eugênio Vilaça. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

SILVA, Vanessa CS. O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. Dissertação ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.

SIQUEIRA, Ursula Beatriz Galvão. Análise do Impacto da Fila de Espera na Probabilidade de Absenteísmo em Exames e Consultas. Monografia. UFPE, Vitória de Santo Antão, 2018.

SYAKUR MA, KHOTIMAH BK, ROCHMAN EMS, SATOTO BD. A Comparison Study Between Various Fuzzy Clustering Algorithms. *Jordan Journal of Mechanical and Industrial Engineering (JJMIE)*. 2011;5:335.

SPEDO, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, OswaldoYoshimi. O difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva*. São Paulo, v. 20, n.3, p. 953-72, 2010.

TIBSHIRANI, Robert; WALTHER, Guenther; HASTIE, Trevor. Estimating the Number of Clusters in a Data Set Via the Gap Statistic. *Standord USA*, v.63, v.2, p.411-23, 2001.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila, LIMA, L.D. (Org) Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.

VIANA AL Ana Luiza d'Ávila; FERREIRA, Maria Paula; CUTRIM, Maria Alice; FUSARO, Edgar Rodrigues; SOUZA, Miriam Regina; MOURÃO, Laís; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes; MOTA, Paulo Henrique dos Santos; UCHIMURA, Liza Yuri Teruya. O Processo de Regionalização no Brasil: influência das dimensões Política, Estrutura e Organização. *Rev. bras. saúde matern. infant.Recife*, v.17, n.1, p. S27-S43, 2017.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BOUSQUAT, Aylene; MELO, Guilherme Arantes; NEGRI FILHO, Armando; MEDINA, Maria Guadalupe. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018.

VIEIRA, Ed Wilson Rodrigues; LIMA, Thais Moreira Nascimento; GAZZINELLI, Andréa. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de minas gerais, brasil. *Reme: rev min enferm.*, Belo Horizonte, v. 1, n. 19, p.65-71, 2015.

VILELA, Maria Pacheco Sarisce. Experience report: The problem of the queue at a health facility - Recife - PE. 2010. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

YOUSSEF, Adel; ALHARTHI, Hana; KHALDI, Ohould; ALNAIMIL, Fatima; ALSUBAIEL, Nujood; ALFARISS, Nada. Effectiveness of text message reminders on nonattendance of outpatient clinic appointments in three different specialties: a randomized controlled trial in a Saudi Hospital. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. v.9, n.1, p.23-29, 2014.

APÊNDICE A – INFORMAÇÕES DOS MUNICÍPIOS DA IV MACRORREGIONAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO.

Município	Area do Município (km2)	Pop 2017 Masc	Pop 2017 Fem	Pop 2017 Tot	Densidade demográfica	Distância para Sede da GERES (Km)	Distância para Recife (Km)	Microrregião	Macrorregional	Nome Região de Desenvolvimento	Regional de Saúde
Araripina	2037,39	40996	42761	83757	41,11	68	764	Ouricuri	Vale do S.Francisco	Araripe	IX Região de Saúde
Bodocó	1621,78	18953	18861	37814	23,32	23	639	Ouricuri	Vale do S.Francisco	Araripe	IX Região de Saúde
Exu	1336,79	15558	16232	31790	23,78	68	606	Ouricuri	Vale do S.Francisco	Araripe	IX Região de Saúde
Granito	521,69	3734	3683	7417	14,22	65	592	Ouricuri	Vale do S.Francisco	Araripe	IX Região de Saúde
Ipubi	693,92	15001	15444	30445	43,87	32	665	Ouricuri	Vale do S.Francisco	Araripe	IX Região de Saúde
Moreilândia	404,29	5643	5594	11237	27,79	78	577	Ouricuri	Vale do S.Francisco	Araripe	IX Região de Saúde
Ouricuri	2381,58	33875	34901	68776	28,88	0	602	Ouricuri	Vale do S.Francisco	Araripe	IX Região de Saúde
Santa Cruz	1245,98	7615	7587	15202	12,20	58	674	Ouricuri	Vale do S.Francisco	Araripe	IX Região de Saúde
Santa Filomena	1005,34	7256	7097	14353	14,28	80	717	Ouricuri	Vale do S.Francisco	Araripe	IX Região de Saúde
Trindade	295,77	14888	15264	30152	101,95	29	645	Ouricuri	Vale do S.Francisco	Araripe	IX Região de Saúde
Belém do São Francisco	1830,80	10164	10504	20668	11,29	92	455	Salgueiro	Vale do S.Francisco	Itaparica	VII Região de Saúde
Cedro	148,75	5850	5845	11695	78,62	49	561	Salgueiro	Vale do S.Francisco	Sertão Central	VII Região de Saúde
Mirandiba	821,68	7594	7673	15267	18,58	52	471	Salgueiro	Vale do S.Francisco	Sertão Central	VII Região de Saúde
Parnamirim	2621,43	10869	10514	21383	8,16	61	550	Salgueiro	Vale do S.Francisco	Sertão Central	VII Região de Saúde
Salgueiro	1686,81	29468	30985	60453	35,84	0	509	Salgueiro	Vale do S.Francisco	Sertão Central	VII Região de Saúde
Serrita	1538,50	9575	9505	19080	12,40	30	535	Salgueiro	Vale do S.Francisco	Sertão Central	VII Região de Saúde
Terra Nova	296,18	5312	5121	10433	35,23	40	572	Salgueiro	Vale do S.Francisco	Sertão Central	VII Região de Saúde
Verdejante	476,04	4654	4836	9490	19,94	28	499	Salgueiro	Vale do S.Francisco	Sertão Central	VII Região de Saúde
Afrânio	1490,59	9659	9752	19411	13,02	122	782	Petrolina	Vale do S.Francisco	São Francisco	VIII Região de Saúde
Cabrobó	1657,71	16506	17350	33856	20,42	178	536	Petrolina	Vale do S.Francisco	São Francisco	VIII Região de Saúde
Dormentes	1539,05	9566	9126	18692	12,15	119	749	Petrolina	Vale do S.Francisco	São Francisco	VIII Região de Saúde
Lagoa Grande	1850,10	12576	12717	25293	13,67	61	665	Petrolina	Vale do S.Francisco	São Francisco	VIII Região de Saúde
Orocó	554,76	7374	7417	14791	26,66	161	576	Petrolina	Vale do S.Francisco	São Francisco	VIII Região de Saúde
Petrolina	4561,87	167254	175964	343218	75,24	0	722	Petrolina	Vale do S.Francisco	São Francisco	VIII Região de Saúde
Santa Maria da Boa Vista	3000,77	20984	20666	41650	13,88	108	625	Petrolina	Vale do S.Francisco	São Francisco	VIII Região de Saúde

APÊNDICE B – CARACTERÍSTICAS DAS ESPECIALIDADES DA UPAE PETROLINA/PERNAMBUCO.

Especialidades	Quantidade de Profissionais ¹	Carga Horária Ambulatorial (Máxima) ¹	Tipo de Vínculo ¹	Produção de Consultas ²				
				2014	2015	2016	2017	Total
CARDIOLOGIA	5	6	Pessoa Jurídica	10.167	13.197	10.397	7.266	41.027
OFTALMOLOGIA	4	6	Pessoa Jurídica	9.260	10.808	8.449	8.462	36.979
DERMATOLOGIA	5	6	Pessoa Jurídica	8.803	9.335	8.111	8.663	34.912
GASTROENTEROLOGIA	5	6	Pessoa Jurídica	8.608	7.393	6.536	6.375	28.912
ENDOCRINOLOGIA	2	6	Pessoa Jurídica	6.935	7.100	6.753	6.272	27.060
CIRURGIA GERAL	3	6	Pessoa Jurídica	5.390	5.627	4.452	4.184	19.653
OTORRINOLARINGOLOGIA	4	4	Pessoa Jurídica	3.953	5.156	4.410	4.555	18.074
UROLOGIA	3	4	Pessoa Jurídica	1.552	3.562	4.217	4.867	14.198
PROCTOLOGIA	4	3	Pessoa Jurídica	3.768	3.795	3.191	3.025	13.779
REUMATOLOGIA	2	4	Pessoa Jurídica	1.532	1.988	3.564	3.386	10.470
ANGIOLOGIA	5	6	Pessoa Jurídica	2.385	2.582	2.517	2.395	9.879
FISIOTERAPIA	6	15	Celetista	1.024	3.105	1.677	2.189	7.995
PNEUMOLOGIA	1	2	Pessoa Jurídica	2.457	2.141	1.584	114	6.296
ANESTESIOLOGIA ³	2	2	Pessoa Jurídica	-	833	1.603	1.438	3.874
NEFROLOGIA	1	2	Pessoa Jurídica	568	190	912	1.369	3.039
NEUROLOGIA	3	4	Pessoa Jurídica	89	-	1.099	1.305	2.493
HEMATOLOGIA	2	2	Pessoa Jurídica	524	583	423	307	1.837
INFECTOLOGIA	1	6	Pessoa Jurídica	204	221	202	152	779
CLINICA GERAL ³	23	24	Celetista	68	1	-	166	235
Total	81	-	-	67.287	77.617	70.097	66.490	281.491

Fonte: CNES¹; DATASUS (SIA)²

* Consultas não foram reguladas pelo CMCE³

APÊNDICE C – ABSENTEÍSMO NA FAIXA ETÁRIA DE ATÉ 20 ANOS.

Apêndice C. Lista das 10 especialidades com maiores proporções de absenteísmo, na faixa etária de **0-20 anos**, considerando o sexo, o tipo de unidade e o tempo de espera.

Sexo	Especialidades	Unidade Básica de Saúde					Secretaria Municipal de Saúde					Central de Regulação					Outras Unidades de Saúde				
		0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}	0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}	0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}	0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}
Feminino	Cardio	0,30	0,32	0,34	0,42	34%	0,22	0,23	0,25	0,32	26%	0,32	0,34	0,36	0,44	37%	0,23	0,24	0,26	0,33	26%
	Cirurg G.	0,31	0,33	0,35	0,43	36%	0,23	0,24	0,26	0,33	27%	0,34	0,35	0,38	0,46	38%	0,23	0,25	0,27	0,34	27%
	Dermat	0,35	0,36	0,39	0,47	39%	0,26	0,27	0,30	0,37	30%	0,37	0,39	0,41	0,50	42%	0,26	0,28	0,30	0,38	30%
	Endoc	0,28	0,29	0,32	0,40	32%	0,21	0,22	0,24	0,30	24%	0,30	0,32	0,34	0,42	34%	0,21	0,22	0,24	0,31	24%
	Fisio	0,38	0,40	0,43	0,51	43%	0,29	0,30	0,33	0,41	33%	0,41	0,42	0,45	0,53	45%	0,29	0,31	0,33	0,41	34%
	Gastro	0,32	0,34	0,36	0,44	37%	0,24	0,25	0,27	0,34	28%	0,35	0,36	0,39	0,47	39%	0,24	0,25	0,28	0,35	28%
	Oftal	0,28	0,29	0,31	0,39	32%	0,20	0,21	0,23	0,29	23%	0,30	0,31	0,33	0,41	34%	0,20	0,21	0,23	0,30	24%
	Otorr	0,28	0,29	0,32	0,39	32%	0,20	0,21	0,23	0,30	24%	0,30	0,31	0,34	0,42	34%	0,21	0,22	0,24	0,30	24%
	Procto	0,29	0,30	0,33	0,40	33%	0,21	0,22	0,24	0,31	24%	0,31	0,32	0,35	0,43	35%	0,21	0,22	0,24	0,31	25%
	Urol	0,27	0,29	0,31	0,39	31%	0,20	0,21	0,23	0,29	23%	0,29	0,31	0,33	0,41	34%	0,20	0,21	0,23	0,30	24%
	Média Feminino	31%	32%	35%	42%	35%	23%	24%	26%	33%	26%	33%	34%	37%	45%	37%	23%	24%	26%	33%	27%
Masculino	Cardio	0,31	0,33	0,35	0,43	36%	0,23	0,24	0,26	0,33	27%	0,34	0,35	0,38	0,46	38%	0,24	0,25	0,27	0,34	27%
	Cirurg G.	0,33	0,34	0,37	0,45	37%	0,24	0,25	0,27	0,35	28%	0,35	0,36	0,39	0,47	39%	0,24	0,26	0,28	0,35	28%
	Dermat	0,36	0,38	0,40	0,49	41%	0,27	0,28	0,31	0,38	31%	0,39	0,40	0,43	0,51	43%	0,28	0,29	0,31	0,39	32%
	Endoc	0,29	0,31	0,33	0,41	34%	0,21	0,23	0,25	0,31	25%	0,32	0,33	0,35	0,43	36%	0,22	0,23	0,25	0,32	25%
	Fisio	0,40	0,41	0,44	0,52	44%	0,30	0,32	0,34	0,42	34%	0,42	0,44	0,47	0,55	47%	0,31	0,32	0,35	0,42	35%
	Gastro	0,34	0,35	0,38	0,46	38%	0,25	0,26	0,28	0,36	29%	0,36	0,37	0,40	0,48	40%	0,25	0,27	0,29	0,36	29%
	Oftal	0,29	0,30	0,32	0,40	33%	0,21	0,22	0,24	0,31	24%	0,31	0,32	0,35	0,43	35%	0,21	0,22	0,24	0,31	25%
	Otorr	0,29	0,30	0,33	0,41	33%	0,21	0,22	0,24	0,31	25%	0,31	0,33	0,35	0,43	35%	0,22	0,23	0,25	0,31	25%
	Procto	0,30	0,31	0,34	0,42	34%	0,22	0,23	0,25	0,32	26%	0,32	0,34	0,36	0,44	36%	0,22	0,23	0,26	0,32	26%
	Urol	0,29	0,30	0,32	0,40	33%	0,21	0,22	0,24	0,30	24%	0,31	0,32	0,34	0,42	35%	0,21	0,22	0,24	0,31	25%
	Média Masculino	32%	33%	36%	44%	36%	24%	25%	27%	34%	27%	34%	36%	38%	46%	39%	24%	25%	27%	34%	28%

APÊNDICE D – ABSENTEÍSMO NA FAIXA ETÁRIA DE 21-40 ANOS.

Apêndice D. Lista das 10 especialidades com maiores proporções de absenteísmo, na faixa etária de **21-40 anos**, considerando o sexo, o tipo de unidade e o tempo de espera.

Sexo	Especialidades	Unidade Básica de Saúde					Secretaria Municipal de Saúde					Central de Regulação					Outras Unidades de Saúde				
		0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}	0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}	0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}	0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}
Feminino	Cardio	0,32	0,33	0,36	0,44	36%	0,23	0,24	0,27	0,34	27%	0,34	0,35	0,38	0,46	38%	0,24	0,25	0,27	0,34	27%
	Cirurg. G.	0,33	0,34	0,37	0,45	37%	0,24	0,25	0,28	0,35	28%	0,35	0,36	0,39	0,47	39%	0,25	0,26	0,28	0,35	28%
	Dermat	0,36	0,38	0,41	0,49	41%	0,27	0,29	0,31	0,39	31%	0,39	0,40	0,43	0,51	43%	0,28	0,29	0,31	0,39	32%
	Endoc	0,30	0,31	0,33	0,41	34%	0,22	0,23	0,25	0,31	25%	0,32	0,33	0,36	0,44	36%	0,22	0,23	0,25	0,32	25%
	Fisio	0,40	0,41	0,44	0,53	45%	0,30	0,32	0,34	0,42	35%	0,42	0,44	0,47	0,55	47%	0,31	0,32	0,35	0,43	35%
	Gastro	0,34	0,35	0,38	0,46	38%	0,25	0,26	0,29	0,36	29%	0,36	0,38	0,40	0,48	41%	0,26	0,27	0,29	0,36	29%
	Oftal	0,29	0,30	0,33	0,40	33%	0,21	0,22	0,24	0,31	24%	0,31	0,32	0,35	0,43	35%	0,21	0,22	0,24	0,31	25%
	Otorr	0,29	0,31	0,33	0,41	33%	0,21	0,22	0,24	0,31	25%	0,31	0,33	0,35	0,43	36%	0,22	0,23	0,25	0,32	25%
	Procto	0,30	0,31	0,34	0,42	34%	0,22	0,23	0,25	0,32	26%	0,32	0,34	0,36	0,44	37%	0,22	0,24	0,26	0,33	26%
	Urol	0,29	0,30	0,32	0,40	33%	0,21	0,22	0,24	0,31	24%	0,31	0,32	0,35	0,43	35%	0,21	0,22	0,24	0,31	25%
Média Feminino	32%	33%	36%	44%	36%	24%	25%	27%	34%	27%	34%	36%	38%	46%	39%	24%	25%	27%	35%	28%	
Masculino	Cardio	0,33	0,34	0,37	0,45	37%	0,24	0,25	0,28	0,35	28%	0,35	0,37	0,39	0,47	40%	0,25	0,26	0,28	0,35	29%
	Cirurg. G.	0,34	0,35	0,38	0,46	38%	0,25	0,26	0,29	0,36	29%	0,36	0,38	0,40	0,49	41%	0,26	0,27	0,29	0,37	30%
	Dermat	0,38	0,39	0,42	0,50	42%	0,28	0,30	0,32	0,40	33%	0,40	0,42	0,44	0,53	45%	0,29	0,30	0,33	0,40	33%
	Endoc	0,31	0,32	0,35	0,43	35%	0,23	0,24	0,26	0,33	26%	0,33	0,34	0,37	0,45	37%	0,23	0,24	0,26	0,33	27%
	Fisio	0,41	0,43	0,46	0,54	46%	0,32	0,33	0,36	0,44	36%	0,44	0,45	0,48	0,56	48%	0,32	0,33	0,36	0,44	36%
	Gastro	0,35	0,37	0,39	0,47	40%	0,26	0,27	0,30	0,37	30%	0,37	0,39	0,42	0,50	42%	0,27	0,28	0,30	0,38	31%
	Oftal	0,30	0,31	0,34	0,42	34%	0,22	0,23	0,25	0,32	26%	0,32	0,34	0,36	0,44	36%	0,22	0,23	0,26	0,32	26%
	Otorr	0,30	0,32	0,34	0,42	35%	0,22	0,23	0,25	0,32	26%	0,33	0,34	0,37	0,45	37%	0,23	0,24	0,26	0,33	26%
	Procto	0,31	0,33	0,35	0,43	36%	0,23	0,24	0,26	0,33	27%	0,34	0,35	0,38	0,46	38%	0,23	0,25	0,27	0,34	27%
	Urol	0,30	0,31	0,34	0,42	34%	0,22	0,23	0,25	0,32	25%	0,32	0,33	0,36	0,44	36%	0,22	0,23	0,25	0,32	26%
Média Masculino	33%	35%	37%	45%	38%	25%	26%	28%	35%	29%	36%	37%	40%	48%	40%	25%	26%	29%	36%	29%	

APÊNDICE E – ABSENTEÍSMO NA FAIXA ETÁRIA DE 41-60 ANOS.

Apêndice E. Lista das 10 especialidades com maiores proporções de absenteísmo, na faixa etária de **41-60 anos**, considerando o sexo, o tipo de unidade e o tempo de espera.

Sexo	Especialidades	Unidade Básica de Saúde					Secretaria Municipal de Saúde					Central de Regulação					Outras Unidades de Saúde				
		0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}	0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}	0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}	0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}
Feminino	Cardio	0,29	0,30	0,33	0,40	33%	0,21	0,22	0,24	0,31	24%	0,31	0,32	0,35	0,43	35%	0,21	0,22	0,24	0,31	25%
	Cirurg G.	0,30	0,31	0,34	0,42	34%	0,22	0,23	0,25	0,32	25%	0,32	0,33	0,36	0,44	36%	0,22	0,23	0,25	0,32	26%
	Dermat	0,33	0,35	0,37	0,46	38%	0,25	0,26	0,28	0,35	29%	0,36	0,37	0,40	0,48	40%	0,25	0,26	0,29	0,36	29%
	Endoc	0,27	0,28	0,30	0,38	31%	0,19	0,20	0,22	0,29	23%	0,29	0,30	0,33	0,40	33%	0,20	0,21	0,23	0,29	23%
	Fisio	0,37	0,38	0,41	0,49	41%	0,28	0,29	0,31	0,39	32%	0,39	0,41	0,43	0,52	44%	0,28	0,29	0,32	0,39	32%
	Gastro	0,31	0,32	0,35	0,43	35%	0,23	0,24	0,26	0,33	26%	0,33	0,34	0,37	0,45	37%	0,23	0,24	0,26	0,33	27%
	Oftal	0,26	0,27	0,30	0,37	30%	0,19	0,20	0,22	0,28	22%	0,28	0,29	0,32	0,40	32%	0,19	0,20	0,22	0,28	22%
	Otorr	0,27	0,28	0,30	0,38	31%	0,19	0,20	0,22	0,28	22%	0,29	0,30	0,32	0,40	33%	0,20	0,21	0,22	0,29	23%
	Procto	0,27	0,29	0,31	0,39	31%	0,20	0,21	0,23	0,29	23%	0,29	0,31	0,33	0,41	34%	0,20	0,21	0,23	0,30	24%
	Urol	0,26	0,27	0,30	0,37	30%	0,19	0,20	0,22	0,28	22%	0,28	0,29	0,32	0,39	32%	0,19	0,20	0,22	0,28	22%
	Média Feminino	29%	31%	33%	41%	33%	21%	22%	25%	31%	25%	31%	33%	35%	43%	36%	22%	23%	25%	32%	25%
Masculino	Cardio	0,30	0,31	0,34	0,42	34%	0,22	0,23	0,25	0,32	26%	0,32	0,34	0,36	0,44	36%	0,22	0,23	0,26	0,32	26%
	Cirurg G.	0,31	0,32	0,35	0,43	35%	0,23	0,24	0,26	0,33	27%	0,33	0,35	0,37	0,45	38%	0,23	0,24	0,27	0,34	27%
	Dermat	0,35	0,36	0,39	0,47	39%	0,26	0,27	0,29	0,37	30%	0,37	0,38	0,41	0,49	42%	0,26	0,27	0,30	0,37	30%
	Endoc	0,28	0,29	0,32	0,39	32%	0,20	0,21	0,23	0,30	24%	0,30	0,31	0,34	0,42	34%	0,21	0,22	0,24	0,30	24%
	Fisio	0,38	0,40	0,42	0,51	43%	0,29	0,30	0,33	0,40	33%	0,41	0,42	0,45	0,53	45%	0,29	0,31	0,33	0,41	33%
	Gastro	0,32	0,34	0,36	0,44	37%	0,24	0,25	0,27	0,34	27%	0,34	0,36	0,38	0,47	39%	0,24	0,25	0,27	0,35	28%
	Oftal	0,27	0,29	0,31	0,39	31%	0,20	0,21	0,23	0,29	23%	0,29	0,31	0,33	0,41	34%	0,20	0,21	0,23	0,30	23%
	Otorr	0,28	0,29	0,31	0,39	32%	0,20	0,21	0,23	0,30	23%	0,30	0,31	0,34	0,41	34%	0,20	0,21	0,23	0,30	24%
	Procto	0,29	0,30	0,32	0,40	33%	0,21	0,22	0,24	0,30	24%	0,31	0,32	0,35	0,42	35%	0,21	0,22	0,24	0,31	25%
	Urol	0,27	0,28	0,31	0,38	31%	0,20	0,21	0,23	0,29	23%	0,29	0,31	0,33	0,41	33%	0,20	0,21	0,23	0,29	23%
	Média Masculino	31%	32%	34%	42%	35%	22%	23%	26%	32%	26%	33%	34%	37%	45%	37%	23%	24%	26%	33%	26%

APÊNDICE F – ABSENTEÍSMO NA FAIXA ETÁRIA DE MAIS DE 60 ANOS.

Apêndice F. Lista das 10 especialidades com maiores proporções de absenteísmo, na faixa etária de > 60 anos, considerando o sexo, o tipo de unidade e o tempo de espera.

Sexo	Especialidades	Unidade Básica de Saúde					Secretaria Municipal de Saúde					Central de Regulação					Outras Unidades de Saúde				
		0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}	0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}	0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}	0-15 dias	16-30 dias	31-60 dias	>60 dias	\bar{X}
Feminino	Cardio	0,29	0,30	0,32	0,40	33%	0,21	0,22	0,24	0,31	24%	0,31	0,32	0,35	0,43	35%	0,21	0,22	0,24	0,31	25%
	Cirurg. G.	0,30	0,31	0,34	0,41	34%	0,22	0,23	0,25	0,32	25%	0,32	0,33	0,36	0,44	36%	0,22	0,23	0,25	0,32	26%
	Dermat	0,33	0,35	0,37	0,45	38%	0,25	0,26	0,28	0,35	28%	0,35	0,37	0,40	0,48	40%	0,25	0,26	0,28	0,36	29%
	Endoc	0,27	0,28	0,30	0,38	31%	0,19	0,20	0,22	0,28	23%	0,29	0,30	0,32	0,40	33%	0,20	0,21	0,23	0,29	23%
	Fisio	0,37	0,38	0,41	0,49	41%	0,27	0,29	0,31	0,39	32%	0,39	0,40	0,43	0,52	44%	0,28	0,29	0,32	0,39	32%
	Gastro	0,31	0,32	0,35	0,43	35%	0,23	0,24	0,26	0,33	26%	0,33	0,34	0,37	0,45	37%	0,23	0,24	0,26	0,33	27%
	Oftal	0,26	0,27	0,30	0,37	30%	0,19	0,20	0,22	0,28	22%	0,28	0,29	0,32	0,39	32%	0,19	0,20	0,22	0,28	22%
	Otorr	0,26	0,28	0,30	0,37	30%	0,19	0,20	0,22	0,28	22%	0,28	0,30	0,32	0,40	32%	0,19	0,20	0,22	0,29	23%
	Procto	0,27	0,29	0,31	0,38	31%	0,20	0,21	0,23	0,29	23%	0,29	0,31	0,33	0,41	33%	0,20	0,21	0,23	0,30	23%
	Urol	0,26	0,27	0,29	0,37	30%	0,19	0,20	0,21	0,28	22%	0,28	0,29	0,32	0,39	32%	0,19	0,20	0,22	0,28	22%
Média Feminino	29%	30%	33%	41%	33%	21%	22%	24%	31%	25%	31%	33%	35%	43%	35%	22%	23%	25%	31%	25%	
Masculino	Cardio	0,30	0,31	0,34	0,42	34%	0,22	0,23	0,25	0,32	25%	0,32	0,33	0,36	0,44	36%	0,22	0,23	0,25	0,32	26%
	Cirurg. G.	0,31	0,32	0,35	0,43	35%	0,23	0,24	0,26	0,33	26%	0,33	0,34	0,37	0,45	37%	0,23	0,24	0,26	0,33	27%
	Dermat	0,35	0,36	0,39	0,47	39%	0,26	0,27	0,29	0,37	30%	0,37	0,38	0,41	0,49	41%	0,26	0,27	0,30	0,37	30%
	Endoc	0,28	0,29	0,31	0,39	32%	0,20	0,21	0,23	0,30	24%	0,30	0,31	0,34	0,42	34%	0,21	0,22	0,24	0,30	24%
	Fisio	0,38	0,39	0,42	0,50	43%	0,29	0,30	0,32	0,40	33%	0,40	0,42	0,45	0,53	45%	0,29	0,30	0,33	0,41	33%
	Gastro	0,32	0,33	0,36	0,44	36%	0,24	0,25	0,27	0,34	27%	0,34	0,36	0,38	0,46	39%	0,24	0,25	0,27	0,34	28%
	Oftal	0,27	0,28	0,31	0,38	31%	0,20	0,21	0,23	0,29	23%	0,29	0,30	0,33	0,41	33%	0,20	0,21	0,23	0,29	23%
	Otorr	0,28	0,29	0,31	0,39	32%	0,20	0,21	0,23	0,29	23%	0,30	0,31	0,33	0,41	34%	0,20	0,21	0,23	0,30	24%
	Procto	0,28	0,30	0,32	0,40	33%	0,21	0,22	0,24	0,30	24%	0,31	0,32	0,34	0,42	35%	0,21	0,22	0,24	0,31	24%
	Urol	0,27	0,28	0,31	0,38	31%	0,20	0,21	0,22	0,29	23%	0,29	0,30	0,33	0,41	33%	0,20	0,21	0,23	0,29	23%
Média Masculino	30%	32%	34%	42%	35%	22%	23%	25%	32%	26%	32%	34%	36%	44%	37%	23%	24%	26%	33%	26%	

ANEXO A - INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES (REVISTA CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA)

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e pesquisas sobre temas específicos considerados de relevância para a saúde pública, além de artigos para discussão e análise dos temas de ponta da área e subáreas, mesmo que não diretamente relacionadas com o tema central sob escrutínio. A revista é publicada mensalmente e se propõe a enfrentar os desafios, buscando consolidar e promover uma atualização permanente das tendências de pensamento e práticas em saúde pública, em diálogo com a agenda contemporânea de Ciência & Tecnologia.

A Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de Acesso Aberto e, portanto, é gratuita para qualquer pessoa ler e baixar e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Diretrizes para a organização de questões temáticas

Dentro da diversidade de revistas da área, a marca da revista Ciência & Saúde Coletiva é seu foco temático, alinhado à vocação da ABRASCO de realizar um estudo aprofundado, além de promover e disseminar debates acadêmicos e discussões entre pares sobre temas considerados importantes e relevantes. e destacar o desenvolvimento histórico da saúde pública no Brasil.

As edições temáticas estão programadas em torno de quatro modos de submissão:

Por Termo de Referência enviado por professores / pesquisadores da área de saúde pública (espontaneamente ou sugerido pelos Editores-chefes) quando considerarem relevante examinar um determinado assunto em maior profundidade.

Por Termo de Referência enviado pelos coordenadores de pesquisa inédita e abrangente pertinente à área, sobre os resultados apresentados na forma de artigos dentro das diretrizes descritas acima. Nessas duas primeiras abordagens, os Termos de Referência são avaliados em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

Por Chamada Pública de trabalhos anunciados em uma página na revista, e coordenada por Editores Convidados. Neste caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos de acordo com seu escopo para serem julgados por seus méritos pelos árbitros.

Por Organização Interna de Editores Internos, reunindo artigos não solicitados sob um título relevante dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência conterá: (1) título (mesmo provisório) da edição temática proposta; (2) o nome (ou nomes) do (s) Editor (es) Convidado (s); (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e

relevância para a Saúde Pública; (4) uma lista dos dez artigos já propostos com os nomes dos autores convidados; (5) a proposta com o texto consistindo de uma opinião ou entrevista com alguém que tenha autoridade na discussão do assunto; e (6) proposta de uma ou duas sinopses de livros que abordem o tema.

Por decisão editorial, o número máximo de artigos escritos pelo mesmo autor em uma edição temática não deve exceder três, seja como primeiro autor ou co-autor.

É enfaticamente sugerido aos organizadores que enviem contribuições de autores de várias instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Quanto a qualquer outra forma de apresentação, estas edições aceitam textos em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não abordem apenas questões de interesse local, ou restrinjam-se ao plano descritivo. As discussões deverão apresentar uma análise ampliada que situará a especificidade da pesquisa ou revisará os achados no cenário da literatura nacional e internacional sobre o tema, evidenciando a natureza original da contribuição que o artigo proporciona.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se notar no texto - explicitamente - interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inseridas no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista C & SC adota as "Regras para submissão de artigos propostos para publicação em revistas médicas", do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão em português é publicada no Rev Port Clin Geral 1997; 14: 159-174. O documento está disponível em vários sites na World Wide Web, tais como a título de exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. O escrutínio cuidadoso do texto pelos autores é recomendado.

Seções da publicação

Editorial: esta é de responsabilidade dos editores-chefes ou dos editores convidados e não deve conter mais de 4.000 caracteres com espaços.

Artigos Temáticos: devem conter resultados empíricos, experimentais e conceituais de pesquisas e revisões sobre o tema em questão. Os textos de pesquisa não devem exceder 40.000 caracteres com espaços.

Artigos Temáticos Livres: devem ser de interesse para a saúde pública através da livre submissão dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos, nomeadamente até 40.000 caracteres com espaços, com os resultados da

investigação e apresentar análises e avaliações de tendências teóricas, metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: devem consistir em textos exclusivamente baseados em fontes secundárias, submetidos a métodos de análise temática ou não solicitada teoricamente pelo tempo, não ultrapassando 45.000 caracteres com espaços.

Opinião: textos que expressam uma posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas sobre o assunto em discussão na revista; eles não devem exceder 20.000 caracteres com espaços.

Sinopses: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde pública, publicados nos dois anos anteriores, cujo texto não deve exceder 10.000 caracteres, incluindo espaços. Os autores da sinopse deverão incluir os detalhes completos de referência do livro no início do texto. As referências citadas ao longo do texto obedecerão às mesmas regras que os artigos. No momento da apresentação da sinopse, os autores deverão inserir uma reprodução de alta resolução da capa do livro no formato jpeg como um anexo no sistema.

Cartas: com depoimentos e sugestões sobre o que é publicado em edições anteriores da revista (não mais de 4.000 caracteres com espaços).

Nota: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e se estende da palavra "introdução" até a última referência bibliográfica. O resumo e ilustrações (figuras e tabelas) são considerados separadamente.

Apresentação de manuscritos

Sem encargos e chands de submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol deverão conter o título, resumo e palavras-chave no idioma original e em inglês. Os textos em francês e inglês terão o título, resumo e palavras-chave no idioma original e em português. Notas de rodapé ou notas no final do artigo não serão aceitas.
2. Os textos serão em espaço duplo, em Times New Roman, com tamanho de fonte de 12, com margens de 2,5 cm, em formato MS Word e enviados somente por correio eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) de acordo com as diretrizes do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C & SC , cuja reprodução total ou parcial é proibida em qualquer meio, impresso ou eletrônico, sem a prévia autorização do redator-chefe da revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C & SC não devem ser oferecidos simultaneamente a outras revistas.

5. As questões éticas relativas às publicações de pesquisa envolvendo seres humanos são de responsabilidade exclusiva dos autores e devem estar de acordo com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da World Medical Association (1964, revisada em 1975, 1983, 1989, 1989 , 1996 e 2000).
6. Os artigos deverão ser submetidos com autorização para reproduzir material previamente publicado, utilizar ilustrações que possam identificar pessoas e transferir direitos autorais e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e validade das citações, são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são geralmente (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos dos títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, com a inclusão de subtítulos dentro de algumas seções às vezes sendo necessárias. Os títulos e subtítulos das seções não devem ser organizados com numeração progressiva, mas com características gráficas (maiúsculas, diminuição na margem, etc.).
9. O título não deve ter mais de 120 caracteres com espaços e um resumo com no máximo 1400 caracteres incluindo espaços (desde a palavra "resumo" até a última palavra-chave), que devem especificar o escopo, objetivos, metodologia, abordagem teórica e os resultados da pesquisa ou investigação. Imediatamente abaixo do resumo, os autores devem indicar no máximo cinco palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e da objetividade na redação do resumo, o que certamente elicitará o interesse do leitor pelo artigo, e as palavras-chave que auxiliarão na indexação múltipla do artigo. As palavras-chave no idioma original e em inglês devem ser obrigatoriamente incluídas no DeCS / MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).
10. Agora é obrigatório incluir o ID ORCID ao enviar o artigo. Para criar um ID ORCID, acesse: <http://orcid.org/content/initiative>

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado da redação dos artigos, de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve assumir: a) a concepção e desenho ou análise e interpretação de dados; b) redigir o artigo ou revisá-lo criticamente; e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser especificadas no final do texto (por exemplo, LMF trabalhou no design e texto final e CMG trabalhou na pesquisa e metodologia).
2. O artigo terá até oito autores no cabeçalho. Os outros serão incluídos no final do artigo.

Nomenclatura

1. As regras para a nomenclatura de saúde pública / saúde da comunidade, assim como as abreviaturas e convenções adotadas nas disciplinas especializadas, serão rigidamente observadas. Abreviaturas devem ser evitadas no título e resumo.
2. A designação completa à qual uma abreviação se refere deve preceder sua primeira aparição no texto, a menos que seja uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e escalas

1. O material ilustrativo do periódico C & SC inclui tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, porcentagens, etc.), gráficos (elementos demonstrativos com informação textual), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figuras (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, bem como por meio de desenhos ou fotografias). Deve-se ter em mente que o magazine é impresso em uma única cor, ou seja, preto, e se o material ilustrativo é colorido, ele será convertido em escala de cinza.
2. O número de materiais ilustrativos não deve exceder cinco por artigo, com exceção de artigos de sistematização de áreas específicas de um campo temático. Nesse caso, os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo material ilustrativo deve ser produzido em formatos Word ou Excel e enviado com títulos e fontes. Nota: O link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) contém as diretrizes para o desenvolvimento de tabelas. As tabelas devem ser definidas em linhas e colunas, sem espaços extras e sem "quebras de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Nota importante: Tabelas e gráficos devem conter uma breve informação. Tabelas e tabelas não devem ter mais de 15 cm de largura x 18 cm de altura e não devem exceder duas páginas (tamanho A4, espaçamento simples e tamanho de fonte 9).
4. As tabelas e gráficos devem ser produzidos em formatos Word ou Excel e submetidos com títulos e fontes. Nota: O link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) contém as diretrizes para o desenvolvimento de tabelas. As tabelas devem ser definidas em linhas e colunas, sem espaços extras e sem "quebras de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Nota importante: Tabelas e gráficos devem conter uma breve informação. Tabelas e tabelas não devem ter mais de 15 cm de largura x 18 cm de altura e não devem exceder duas páginas (tamanho A4, espaçamento simples e tamanho de fonte 9).
5. Gráficos e figuras podem ser produzidos em Excel, Word ou PPT. Os autores devem enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o

recurso "copiar e colar") e nos formatos PDF ou JPEG, GRAY SHADES. Gráficos gerados em programas de imagens devem ser enviados em JPEG, GRAY TONES, com resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15cm de largura. A imagem original deve ser de boa qualidade, já que não há sentido em aumentar a resolução se a figura original estiver comprometida. Gráficos e figuras também devem ser submetidos com títulos e fontes. Figuras e gráficos devem caber no máximo uma página (tamanho A4, 15cm de largura x 20cm de altura, tamanho de fonte 9).

6. Arquivos de imagens, como mapas ou fotos, devem ser salvos em (ou exportados para) os formatos JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer caso, o material deve ser gerado e salvo na resolução mais alta (300 DPI ou mais) e o maior tamanho possível (dentro da altura de 21cm x 15cm de largura). Qualquer texto na figura deve ser formatado em Times New Roman, tamanho 9. As fontes e as legendas também devem ser enviadas em um formato editável que permita o recurso "copiar / colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com títulos e fontes.

7. Os autores que inserem escalas em suas obras devem declarar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se eles são de domínio público ou se lhes foi concedida permissão para usá-los.

Mensagens de agradecimento

1. Quando estes estão incluídos, eles devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores serão responsáveis por obter permissão por escrito das pessoas mencionadas nas mensagens de agradecimento, uma vez que os leitores podem inferir que tais pessoas concordam com os dados e as conclusões alcançadas.
3. As mensagens de agradecimento pelo suporte técnico devem estar em um parágrafo separado de outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências serão numeradas consecutivamente de acordo com a ordem em que aparecem no texto. Caso as referências sejam de mais de dois autores, apenas o nome do primeiro autor será citado no texto seguido de et al .
2. As referências devem ser identificadas por algarismos arábicos sobrescritos, conforme os exemplos abaixo:

Exemplo 1: "Outro indicador analisado foi o vencimento do PSF" 11 ...

Exemplo 2: "Como avisa Maria Adélia de Souza⁴, a cidade ..."

As referências citadas apenas em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do último número de referência citado no texto.

3. As referências devem ser listadas no final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos requisitos uniformes para manuscritos submetidos a revistas biomédicas (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).
5. Os nomes dos indivíduos, cidades e países devem ser citados no idioma original de publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em revistas

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10 (2): 275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho, CE. Uso de drogas veterinárias, pesticidas e substâncias químicas relacionadas em ambientes aquáticos: demandas, considerações regulatórias e riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10 (2): 483-491.

2. Instituição como autor

A Sociedade Cardíaca da Austrália e Nova Zelândia. Teste de esforço clínico. Diretrizes de segurança e desempenho. *Med J Aust* 1996; 164 (5): 282-284

3. Sem indicação de autoria

Câncer na África do Sul [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Emitir com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão da literatura com especial atenção às crianças brasileiras. *Cad Saude Publica* 1993; 9 (Supl. 1): 71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metrônomo na doença de Parkinson [carta]. *Lancet* 1996; 347: 1337.

Livros e outras monografias

6. Individual como autor

Cecchetto FR. Violência, cultura e poder . Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, compiladores. Pesquisa qualitativa em serviços de saúde . Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de pesticidas e produtos químicos relacionados. Brasília: DILIQ / IBAMA; 2001.

9. Livro do capítulo

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a pesticidas. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É remédio ou veneno . Pesticidas, saúde e meio ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Avanços recentes na neurofisiologia clínica. Anais do 10º Congresso Internacional de EMG e Neurofisiologia Clínica, 1995 15-19 de outubro, Kyoto, Japão. Amesterdão: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 gestantes adolescentes em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro da Adolescência , 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. Londres: Escola de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade : nível de informação de adolescentes e professores de escolas municipais de Feira de Santana - BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida permitem a maternidade após os 40 anos de idade. Jornal do Brasil , 2004 31 de janeiro; p. 12

Lee G. Hospitalizações ligadas à poluição por ozônio: o estudo estima 50.000 internações anualmente. O Washington Post 1996 21 de junho; Seita A: 3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV + / AIDS: os fatos e o futuro [videocassete]. St. Louis (MO): Livro Mosby-Year, 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços relevantes e outros assuntos. Diário Oficial da União 1990; 19 de setembro

Material iminente ou não publicado

Leshner AI. Mecanismos moleculares da dependência de cocaína. N Engl J Med Forthcoming 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. Arq Bras Oftalmol. Em breve 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Fatores no surgimento de doenças infecciosas. Emerg Infect Dis [revista na Internet] 1995 Jan-Mar [citado 1996 Jun 5]; 1 (1): [cerca de 24 p.]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma na comunidade de Chapada do Araripe - PE - Brasil. Arq Bras Oftalmol [serial na Internet]. 2004 mar-abr [acessado em 2004 jul 12]; 67 (2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, dermatologia clínica ilustrada [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, produtores. 2ª ed. Versão 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. programa de computador

Hemodinâmica III: os altos e baixos da hemodinâmica [programa de computador]. Versão 2.2. Orlando (FL): Sistemas Educacionais Informatizados; 1993

O processo de revisão do manuscrito é a revisão por pares.

Os artigos serão revisados por três pares reconhecidos por sua produção científica e pesquisa, de instituições superiores no Brasil e no exterior. Após as correções necessárias e possíveis sugestões, o trabalho será aceito se dois pares derem uma declaração favorável; o artigo será rejeitado se duas revisões por pares forem desfavoráveis.

ANEXO B – CHAMADA PÚBLICA FACEPE 10/2017.



CHAMADA PÚBLICA FACEPE 10/2017
PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS:
GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE
PPSUS – PERNAMBUCO
CNPq/MS/SES/FACEPE

PROCESSO	INST.	TÍTULO DA PROPOSTA	PROPONENTE	VALOR APROVADO (R\$)
FAIXA B				
APQ-0663-2.13/17	CPQAM/FIOCRUZ	UTILIZAÇÃO DA TERAPIA COMPLEXA DESCONGESTIVA PARA O TRATAMENTO DO LINFEDEMA DE MEMBRO INFERIOR: INVESTIGAÇÃO BIOQUÍMICA E IMUNOLÓGICA DA EFICÁCIA TERAPÊUTICA EM RELAÇÃO À MORBIDADE	ABRAHAM CESAR DE BRITO ROCHA	R\$79.339,64
APQ-0561-4.06/17	UFPE - RECIFE	ANÁLISE DE DISTINTAS REGULAÇÕES ASSISTENCIAIS EM UMA REDE INTERESTADUAL DE SAÚDE: O CASO DA REDE PERNAMBUCO-BAHIA	ADRIANA FALANGOLA BENJAMIN BEZERRA	44.810,00
APQ-0853-4.06/17	CPQAM/FIOCRUZ	VULNERABILIDADES SOCIOAMBIENTAIS RELACIONADAS À EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL E AMBIENTAL AOS AGROTÓXICOS E A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE POPULAÇÕES EXPOSTAS	ALINE DO MONTE GURGEL	62.057,00
APQ-0739-2.12/17	CPQAM/FIOCRUZ	FISIOPATOGENIA E DIAGNÓSTICO DO VÍRUS ZIKA: ÊNFASE NO TROPISMO CELULAR E DIAGNÓSTICO SOROLÓGICO ESPECÍFICO	LAURA HELENA VEGA GONZALES GIL	73.000,00

ANEXO C – COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO.



DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da rede Pernambuco / Bahia.

Pesquisador: Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Versão: 2

CAAE: 04186917.2.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 150417/2018

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A CIÊNCIA E TECNOLOGIA - FACEPE

Informamos que o projeto Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da rede Pernambuco / Bahia, que tem como pesquisador responsável Adriana Falangola Benjamin Bezerra, foi recebido para análise ética no CEP UFPE - Universidade Federal de Pernambuco - Campus Recife - UFPE/Recife em 07/12/2018 às 11:37.