



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
REDE NORDESTE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANTONIA NORMA TECLANE MARQUES

**AVALIAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA A
ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO**

FORTALEZA

2019

ANTONIA NORMA TECLANE MARQUES

AVALIAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA A
ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito para Apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata de Sousa Alves.

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado.

FORTALEZA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M315a Marques, Antonia Norma Teclane.
Avaliação dos encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada na central de regulação /
Antonia Norma Teclane Marques. – 2019.
86 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2019.
Orientação: Profa. Dra. Renata de Sousa Alves.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Encaminhamento e Consulta. 3. Assistência à Saúde. I. Título.

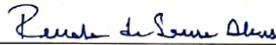
CDD 610

ANTONIA NORMA TECLANE MARQUES

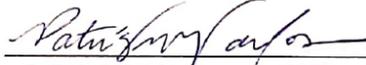
**AVALIAÇÃO DOS ENCAMINHAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA
A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO:
POSSIBILIDADES DE REFLEXÃO ATRAVÉS DE GRUPO FOCAL**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Ceará.

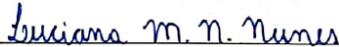
BANCA EXAMINADORA:



Profª. Drª. Renata de Sousa Alves (Presidente e Orientadora)
Universidade Federal do Ceará – UFC



Profª. Drª. Patrícia Freire de Vasconcelos (Membro Efetivo)
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB



Profª. Drª. Luciana Macatrão Nogueira Nunes (Membro Efetivo)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Aprovada em: 25 / 10 / 2019

Fortaleza-CE

Dedico este trabalho a todos os gestores da
saúde: guerreiros do nosso SUS.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me levantar todos os dias e me dar sabedoria frente aos desafios diários.

A minha família que é um projeto de Deus: meu querido pai João Marques e minha querida mãe Francineide, que sem a coragem e a fé de vocês eu jamais chegaria até aqui. Aos melhores e maiores amores da minha vida: meu esposo Antonio Lima e aos meus filhos João Pedro e Henrique que vivenciaram, junto comigo, cada momento deste mestrado. Sei que a minha presença foi falha durante estes dois anos, mas vocês me incentivaram a cada instante e acreditaram que eu seria capaz e é por vocês que hoje conquisto mais uma vitória.

As minhas lindas irmãs que quero tanto bem: Solange, Samyra e Samara.

À Professora Renata Sousa Alves, pela orientação neste trabalho, e principalmente pela tranquilidade e sabedoria que ensina e ajusta. Se hoje estou atingindo este objetivo é porque você foi fundamental. E foi com toda esta maestria que, também, coordenou o Mestrado Saúde da Família/UFC.

Agradeço a cada integrante da nossa turma de mestrado “Cacto Sus”, pela oportunidade de nos conhecermos e nos tornarmos amigos fortes. Ao longo destes dois anos ficamos mais resistentes e hoje somos feito cactos. Obrigada pelas rosas em um momento triste da minha vida, elas me alegraram em saber o quanto vocês são especiais.

Aos professores do mestrado que transmitiram muito conhecimento, em especial a professora Ângela Maria Alves e Souza, que além do conhecimento trouxe luz e me fez mais leve em cada vivência.

Aos amigos da minha família secretaria de saúde de Mombaça. Vocês vivenciaram comigo parte de tudo isso. Obrigada por me ouvir falar sempre do mestrado, do meu projeto e por me ajudarem a construir este sonho.

Aos médicos das Equipes Saúde da Família de Mombaça pela presteza em participar deste trabalho. Sem as reflexões de vocês ele não seria o mesmo.

Ao prefeito Ecildo Filho por ser um incentivador do conhecimento de seus colaboradores.

À minha querida vó Edite (in memoriam), minha fã, certeza está com aquele sorriso.

“A melhoria contínua da qualidade é a possibilidade de fazer mais com recursos limitados, e é esse papel da avaliação – o gestor decide seu limite de ação.” James Macinko.

RESUMO

São notáveis os avanços na organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. No entanto, importantes entraves precisam ser superados para a integração da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A vivência como gestora da saúde despertou por estratégias para melhorar a problematização da demanda de encaminhamentos na central de regulação. O estudo teve como objetivo avaliar os encaminhamentos da APS para a atenção especializada na central de regulação no município de Mombaça-Ceará. Trata-se de um estudo de métodos mistos com estratégia de delineamento sequencial explanatório. Na etapa quantitativa os dados foram levantados por meio dos seguintes critérios: justificativa clínica, tempo de espera, especialidade solicitada, região de saúde e hipótese diagnóstica. A análise destes dados foi realizada pelo software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20,0 e os resultados expressos em forma de frequência absoluta e percentual e analisados por meio dos testes exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. Na etapa qualitativa foi realizado grupo focal com médicos da APS possibilitando discussões e reflexões mediante questões norteadoras e os dados da primeira etapa. A análise dos dados qualitativos foi submetida à análise de conteúdo, modalidade temática de Bardin. A pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Identificou-se que dos 643 encaminhamentos da APS para a atenção especializada a otorrinolaringologia apresentou 17,7% (n= 113), à tomografia de coluna expressou o maior número de exames com relação ao menor tempo de espera (até 30 dias), 99,7% dos encaminhamentos são agendados para Policlínica da Região de Saúde e os sem hipótese diagnóstica somaram 61,6% (n= 392). A cefaleia foi a hipótese diagnóstica com maior proporção 10,2% (n= 25). No grupo focal houve reflexões da importância de uma justificativa clínica estruturada, das angustias relacionadas à contra referência, a problemática do retorno, a educação em saúde e o desconhecimento dos protocolos de encaminhamentos do MS. A aproximação entre gestão e profissionais ampliou olhares para o fortalecimento da temática. Conclui-se que a gestão terá recursos relevantes para implantação de estratégias na APS, central de regulação e Região de Saúde para uma organização do fluxo e contra fluxo dos encaminhamentos, elevando a qualidade do manejo com o paciente, reduzindo custos e ampliando a integralidade da RAS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Encaminhamento e Consulta. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

The advances in the organization of Primary Health Care (PHC) in Brazil are remarkable. However, important obstacles need to be overcome for the integration of the Health Care Network (RAS). The experience as a health manager aroused strategies to improve the problematization of the referral demand in the regulation center. The aim of the study was to evaluate the referrals from PHC to specialized care at the regulation center in the municipality of Mombaça-Ceará. It is a mixed method study with explanatory sequential design strategy. In the quantitative stage, the data was collected through the following criteria: clinical justification, waiting time, specialty requested, health region and diagnostic hypothesis. The analysis of this data was accomplished using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20,0 software, and the results were expressed in the shape of absolute frequency and percentage, and analyzed by Fisher's exact test or Pearson's chi-square test. In the qualitative stage, a focus group was conducted with PHC physicians, enabling discussions and reflections through guiding questions and the data from the first stage. The analysis of qualitative data was submitted to content analysis, thematic modality of Bardin. The research was submitted and approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará. It was identified that of the 643 referrals from PHC to specialized care, otolaryngology presented 17,7% (n= 113). Spinal tomography expressed the highest number of exams in relation to the shortest waiting time (up to 30 days). 99,7% of referrals are scheduled to the Polyclinic of the Health Region and those with no diagnostic hypothesis totaled 61,6% (n= 392). Headache was the diagnostic hypothesis with the highest proportion 10,2% (n= 25). In the focus group there were reflections on the importance of a structured clinical justification, the anguish related to counter-referral, the problematic of return, health education and the lack of knowledge about the referral protocols of the MS. The approach between management and professionals has broadened the view to strengthen the theme. It is concluded that management will have relevant resources for the implementation of strategies in PHC, regulation center and Health Region for an organization of flow and counter flow of referrals, increasing the quality of patient handling, reducing costs and expanding the comprehensiveness of RAS.

Key-words: Primary Health Care. Referral and Consultation. Appointment Scheduling.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
EqESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
JAMA	<i>Journal of the American Medical Association</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	<i>National Health Service</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Primária
PSF	Programa Saúde da Família
PPI	Programação Pactuada Integrada
PGASS	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – Mapa da 18ª Região de saúde do Ceará..... p. 30
- Quadro 1 – Justificativa clínica relacionada com hipótese diagnóstica e especialidade. Mombaça, Ceará, Brasil, 2019..... p. 41
- Quadro 2 – Dados da realização dos Grupos Focais. Mombaça, Ceará, Brasil, 2019..p. 42

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – Distribuição dos encaminhamentos para consultas médicas especializadas, preenchimento da justificativa clínica e hipótese diagnóstica e direcionamento do atendimento e tempo de espera. Mombaça, Ceará, Brasil, 2019.....p. 37
- Tabela 2 – Tempo de espera para agendamento da consulta ou exame especializados. Mombaça, Ceará, Brasil, 2019.....p. 38
- Tabela 3 – Hipóteses diagnósticas mais relevantes nos encaminhamentos da APS. Mombaça, Ceará, Brasil, 2019.....p. 40

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	p. 13
2	OBJETIVOS.....	p. 18
2.1	Objetivo Geral.....	p. 18
2.2	Objetivos Específicos.....	p. 18
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	p. 19
3.1	A atenção à saúde primária como porta de entrada da rede de atenção à saúde.....	p. 19
3.2	A prevenção quaternária como prática na APS para evitar intervenções desnecessárias.....	p. 23
3.3	A regulação como espaço da demanda de encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada.....	p. 25
4	CAMINHO METODOLÓGICO.....	p. 29
4.1	Tipo de estudo.....	p. 29
4.2	Campo de estudo.....	p. 29
4.3	População e participantes das duas etapas do estudo.....	p. 30
4.4	Crerérios de exclusão do estudo.....	p. 31
4.5	Método de coleta e análise de dados.....	p. 31
4.6	Considerações éticas.....	p. 34
5	RESULTADOS.....	p. 36
5.1	Descrição dos resultados quantitativos da análise do instrumento utilizado na Central de regulação.....	p. 36
5.2	Descrição dos resultados da análise qualitativa através de Grupo Focal (GF)	p. 42
5.2.1	<i>Primeiro acesso</i>	p. 42
5.2.2	<i>Integralidade e Longitudinalidade</i>	p. 44
5.2.3	<i>Coordenação do Cuidado</i>	p. 45
6	DISCUSSÃO.....	p. 48
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	p. 63
	REFERÊNCIAS.....	p. 66
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	p. 73

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE LEVANTAMENTO DE DADOS DOS ENCAMINHAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE MOMBAÇA-CE.....	p. 77
APÊNDICE C – ROTEIRO GRUPO FOCAL.....	p. 79
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	p. 82
ANEXO B – PARECER DE SUBMISSÃO DO ARTIGO.....	p. 86

1 INTRODUÇÃO

A partir da Conferência Internacional de Alma Ata em 1978, surgiram várias definições sobre a Atenção Primária à Saúde (APS), que em vários países foram utilizadas como estratégia e modelo de organização do sistema de saúde. As ações da APS são direcionadas pela condição solidária e acesso equitativo aos serviços de saúde, proteção e promoção de saúde, participação das pessoas na atenção à saúde e a integralidade dos setores com os serviços de saúde para trabalhar com as demandas da comunidade (SANTOS *et al.*, 2017).

A APS, que se caracteriza, entre outras coisas, como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e como lugar validado de gestão do cuidado dos usuários, cumpre papel estratégico nas redes de atenção, sustentando para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para isso, é fundamental que a APS tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da mesma com outros pontos da rede de saúde (BRASIL, 2016a).

Neste contexto as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações poliárquicas de união de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos iguais e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS. Entretanto, esta atenção precisa ser desenvolvida de maneira humanizada, no tempo oportuno, no lugar adequado, com o custo específico, a qualidade certa e equânime para a população do território assistido (BRASIL, 2015a).

Diante disso, vários elementos externos ou contexto afetam o processo de integração do cuidado nas RAS. Dentre os quais, citamos no nível macro, os objetivos das políticas em relação à equidade de acesso e a eficiência, as políticas em rede de serviços de saúde, as características de garantia do setor público (beneficiários, benefícios e condições de acesso), bem como o modelo de alocação de recursos e o sistema de incentivos associado (NAVARRETE; LORENZO *et al.*, 2006).

Os autores afirmam que em uma rede, os sistemas de alocação devem permitir a prestação de contas para cada fornecedor, tanto os custos diretos, bem como os que induzem ao longo do resto da rede, desta forma a rede tentaria resolver a problemática de saúde no lugar mais rentável dentro do conjunto de cuidados de saúde.

Mesmo vislumbrando os avanços na organização da APS no Brasil, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, há que se reconhecer que grandes gargalos devem ser superados para que os propósitos apresentados na política nacional possam ser cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde, sendo a integração o maior desafio (LAVRAS, 2011),

A busca pela integração na atenção em saúde não é tarefa fácil, especialmente, pelos diversos fatores envolvidos na dinâmica de funcionamento deste complexo sistema, que abrange diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), fontes diferentes de financiamento, profissionais de várias formações e especialidades, disparidades estrutural e de recursos tecnológicos, além da variedade do público usuário desse sistema (ARRUDA *et al.*, 2015).

É importante ressaltar que a integração se dá por meio da integralidade em saúde que é um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Esse princípio absorve a articulação de garantir nos três níveis de complexidade uma atenção à saúde, fomentando o conceito de rede de assistência à saúde e tornando-se essencial para que os serviços ofertem ações de promoção à saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, conforme a dinâmica do processo saúde/doença (PROTASIO *et al.*, 2014).

Dada, a atual desfragmentação do cuidado nos diversos pontos de atenção à saúde, o ano de 2018 foi um momento de profunda reflexão sobre a situação dos sistemas de saúde e, sobretudo, sobre a APS, dado que marca não apenas os 40 anos da declaração de Alma-Ata, mas, também, os 30 anos do SUS no Brasil e os 70 anos do *National Health Service* (NHS) no Reino Unido. Entretanto, se os aniversários de Alma-Ata e do NHS são disparados pela reafirmação da cobertura universal de saúde como meta e pelo reconhecimento da APS no alcance dessa meta, não existe a mesma afirmativa sobre qual é a visão do Brasil para o futuro do seu sistema de saúde (TASCA *et al.*, 2018).

O longo tempo de espera para consultas especializadas está entre as principais barreiras de acesso a cuidados integrais à saúde pública, tal situação é evidenciada no Brasil, ao constatarmos a demanda expressiva, sobretudo decorrente da ampliação da cobertura da APS, do aumento da expectativa de vida e da prevalência de doenças crônicas, somado à insuficiência de recursos e de serviços, tem dificultado o acesso à atenção especializada (VIEIRA; LIMA; GAZZINELLI, 2015).

O serviço especializado, principalmente o ambulatorial, encontra-se como um lugar marcado por diferentes gargalos em especial no que se refere ao acesso a ele. Isso acontece de elementos como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e organização das ofertas e também do grau de resolutividade da Atenção Primária. Os gargalos, supracitados, requerem, para a sua superação, que se constituam estratégias que impactem na Atenção Primária, nos processos de regulação do acesso (desde os serviços solicitantes até as centrais de regulação), bem como na organização da atenção especializada (BRASIL, 2016a).

Nesse contexto, tempos de espera inoportunos tem se constituído num entrave comum em sistemas públicos de saúde com consequências importantes para sua qualidade. Na experiência europeia, os serviços nacionais são reconhecidos por sua eficiência macroeconômica com menores gastos e melhores resultados quando comparados aos países com coberturas universais por seguros sociais. No Brasil, os elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do SUS (CONIL; GIOVANELLA; ALMEIDA, 2011).

Diante disso, a regulação assume um papel de destaque primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial à distribuição prioritária de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diferentes serviços de saúde em tempo de menor espera. Esta regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos sem informação clínica, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentem indicação clínica para realizá-los. Esta logística, tensiona a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na APS evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, aperfeiçoa o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera (BRASIL, 2016b).

Quando se fala sobre a exposição de pacientes a consultas e/ou procedimentos sem necessidade na APS, podemos falar sobre o conceito da prevenção quaternária (A4). A prevenção quaternária é o conjunto de ações que visam evitar danos relacionados a intervenções médicas e de outros profissionais da saúde como exagero de medicação ou cirurgias desnecessárias. Nesta situação, não é negar a tecnologia, o que a prevenção quaternária promove é uma construção coletiva, do profissional de saúde e do paciente na busca de uma alternativa eticamente responsável (TELESSAÚDE INFORMA, 2015).

Atrelada à prevenção quaternária, especialistas recomendam e enfatizam a necessidade de ampliar e consolidar a ESF, assegurar e ampliar o acesso, promover

apuramento tecnológico da APS, aumentar e qualificar a formação de profissionais para uma atuação multidisciplinar na APS, o papel do médico de família e da regulação, a transparência no contato com a população e um momento proativo de inserção da APS como tema e nível organizador do SUS (TASCA *et al.*, 2018).

Na vivência na gestão municipal em saúde, tenho me deparado com uma problematização na central de regulação, devido à demanda expressiva de encaminhamentos para diversas especialidades e o tempo inoportuno de agendamento, disparando um grande desafio para a gestão municipal. A população busca uma maior agilidade para seus encaminhamentos e o sistema regulador oferta um quantitativo aquém para a quantidade demandada e está como gestora da saúde frente a este duelo é desafiador no tocante aos diversos entraves existentes no cotidiano da gestão, principalmente na tomada de decisão com relação ao fluxo e contra fluxo de encaminhamentos. É importante mencionar que a judicialização, também, integra a rotina relacionada à resolutividade da demanda em fila de espera.

Em pautas das Reuniões de Comissão Intergestora Bipartide (CIB) e nas Reuniões de Comissão Intergestora Regional (CIR), os gestores do serviço especializado têm levantado discussões com relação ao elevado número de encaminhamentos para especialidades que chegam a este serviço sem justificativa clínica descrita, como comorbidades e uso de medicamentos pelo paciente e exames realizados anteriormente. Isso tenciona uma maior resolutividade na Atenção Primária. As Policlínicas Regionais no Estado do Ceará têm sido um serviço ambulatorial especializado de grande relevância; onde a oferta de diversas especialidades médicas e não médicas têm diminuído este tempo de espera em algumas das especialidades ofertadas pela mesma e com isso facilitando o acesso do usuário neste serviço.

Com base nesta realidade e acreditando que a Atenção Primária pode desenvolver um maior poder de resolução de suas demandas, assegurando uma referência com mais informações e com isso garantindo um menor tempo de espera no processo de agendamento na central de regulação, surgem alguns questionamentos: Qual o tempo de espera dos encaminhamentos da APS para a atenção especializada? Quais as justificativas clínicas dos encaminhamentos da APS para a atenção especializada? Quais especialidades médicas estão aguardando agendamento? Qual a reflexão do profissional médico da Atenção Primária frente à importância do preenchimento de todas as informações nos encaminhamentos enviados à central de regulação como forma de ampliar a resolutividade?

Com estas inquietações cada vez mais frequentes no cotidiano da gestão, temos em vista levantar os encaminhamentos na central de regulação, vindos da atenção primária

para a atenção especializada, avaliando o tempo de espera e motivos que oportuniza ou não este tempo, como também uma reflexão crítica dos médicos da APS à importância de informações nos encaminhamentos no tocante a agilidade do seu agendamento.

Para o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (BRASIL, 2015a) os sistemas fragmentados de atenção à saúde, estreitamente presentes aqui e em outra parte, são aqueles que se desorganizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e sem comunicação uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população.

Acredita-se que os dados do estudo poderão ser relevantes como ferramentas fundamentais de gestão e cuidado para subsidiar as discussões referentes aos encaminhamentos da APS para a atenção especializada na central de regulação, na tomada de decisão da gestão para planejamento e organização do fluxo e sensibilização dos profissionais médicos da APS no momento de descrever a justificativa clínica com mais informações do paciente; colaborando para ampliar a resolutividade no manejo do paciente dentro da APS e com isso ofertando um tempo oportuno de espera nos agendamentos dos encaminhamentos na central de regulação e contribuir para aumentar a integralidade dos serviços de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar os encaminhamentos da atenção primária à saúde para a atenção especializada na central de regulação do Município de Mombaça-Ce.

2.2 Objetivos Específicos

- Registrar o tempo de espera dos encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada na central de regulação;

- Identificar a presença da justificativa clínica nos encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada na central de regulação em relação ao tempo de espera para o agendamento;

- Levantar as especialidades médicas dos encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada na central de regulação;

- Compreender a percepção dos profissionais médicos da atenção primária;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A atenção à saúde primária como porta de entrada da rede de atenção à saúde

No Brasil, em 1990, com a nova Constituição, a influência das Conferências Nacionais e Internacionais de Saúde e da realidade política e sanitária do país, surge-se um novo conceito na saúde pública. O SUS, resultado deste cenário, traz como princípios de saúde a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade (GONÇALVES *et al.*, 2017).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a APS coroada a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978, é a estratégia adequada para melhorar o acesso aos cuidados de saúde, para diminuir os custos elevados e potencializar as expectativas de qualidade (LAPÃO *et al.*, 2017).

O SUS, desde sua instituição pela Constituição Federal de 1988, obteve avanços concretos em direção à cobertura universal em saúde, especialmente a partir da criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual veio fortalecer a APS no Brasil, alcançando, em 2014, cobertura de 58,2% da população, reduzindo a mortalidade infantil e das internações por condições sensíveis, além de ampliação do acesso a serviços de saúde para população de vulnerabilidade com vistas socio sanitário (TASCA *et al.*, 2018).

É notável as transformações nos serviços de saúde pública brasileira, no sentido de organizar o sistema a partir de uma APS que represente um serviço que ofereça a entrada para todas as necessidades em saúde, forneça atenção às condições de saúde mais frequentes e coordene a atenção fornecida (GONÇALVES *et al.*, 2017).

Desse modo, vem vislumbrando novas formas de organização dos serviços, que possam investir essencialmente na gestão e ou manejo das condições crônicas, que estão intrinsecamente relacionadas ao envelhecimento, apostando-se na promoção da saúde, hábitos ou estilo de vidas saudáveis por meio da APS (LAPÃO *et al.*, 2017).

O acesso à APS ainda apresenta algumas barreiras que dificultam a ampliação da sua resolutividade. A ideia é que a APS em sua forma mais avançada seja responsável por um cuidado longitudinal da sua população, ou seja, que não ofereça apenas um cuidado fragmentado a um nível de serviço ou focalizada em grupos em situação de vulnerabilidade, mas capaz de assumir a coordenação de todos os seus usuários e a integração dos pontos de assistência. (GONÇALVES *et al.*, 2017).

No entanto, permanece sem resolução completa o problema da desigualdade na atenção prestada em diferentes partes do país e persiste o desafio de ampliar a capacidade de resposta frente a novos e velhos agravos que caracterizam a saúde no Brasil (TASCA *et al.*, 2018).

Para Lapão *et al.* (2017), afirmam que a tipologia dos serviços de APS denota variações significativas no mundo e apresenta características definidoras como o acesso principal para os serviços de saúde; a continuidade dos cuidados, especialmente para as condições crônicas; a integralidade, a coordenação, a centralidade do processo na família e a orientação para a população, devendo ela ser responsável por resolver a problemática de saúde dos usuários.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) brasileira, publicada pela primeira vez em 2006, revisada em 2012 e em 2017 pela Portaria Nº 2.236, define a APS como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolve promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução dos danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

O SUS é uma criação vitoriosa, cuja implantação nas duas décadas passadas exigiu sério compromisso dos gestores, trabalhadores e usuários do sistema. O impacto significativo até aqui alcançado, todavia, permanece a nos lembrar do que ainda temos por fazer. Um desses grandes desafios é a integralidade das redes de atenção à saúde com foco na APS. Ao mesmo tempo, precisamos qualificar a atenção primária para o exercício do atributo de coordenação do cuidado e também organizar pontos de atenção especializada integrados, intercomunicantes, capazes de assegurar que a linha de cuidado integral seja plenamente articulada com a APS e forneça aos usuários do SUS uma resposta adequada (MENDES, 2011).

Como característica da APS, a mesma utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (GOMES *et al.*, 2018).

O conceito de atenção primária à saúde, em sua ênfase sobre proximidade com as pessoas, parece estranho em países com sistemas de saúde baseados na tecnologia, na

especialização, na supremacia do hospital e no currículo das escolas de Medicina que estão sob o controle de especialistas que trabalham em hospitais. Além disso, o princípio de que a atenção à saúde deve ser relacionada às necessidades não é facilmente entendido em países com sistemas de saúde bem estabelecidos, mas sem nenhum sistema de informação para documentar sistematicamente as necessidades de saúde ou avaliar o impacto dos serviços de saúde sobre eles (STARFIELD, 2002).

Tanto em países desenvolvidos quanto em menos desenvolvidos, é unanimidade que a APS seja o modelo-chave de um sistema de saúde eficaz quando os sistemas de saúde de um país estão organizados com base na APS, apresentam melhores possibilidades de desempenho, devido principalmente à acessibilidade, à integralidade e à própria organização e otimização dos recursos além de apresentarem melhores resultados em indicadores de saúde, como redução da mortalidade, diminuição dos custos da atenção, maior acesso aos serviços, redução das internações e atendimentos de urgência. (COUTINHO *et al.*, 2015).

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde é compreendida como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS. Porém, é necessário de fato, que a APS dirija o sistema de saúde no tocante de coordenar os caminhos que o paciente deverá seguir dentro desta rede de atenção à saúde, sendo fundamental que a tomada de decisão seja disparada da APS (BRASIL, 2015a).

As RAS foram propostas pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920, contudo, são consideradas propostas recentes, já que foram inicialmente conhecidas na implementação de sistemas integrados de saúde, na primeira metade dos anos 90, nos Estados Unidos. No Brasil, a implementação das RAS é bastante recente, mas seu conceito vem sendo trabalhado desde a reforma sanitária que culminou na construção do SUS. Na constituição Federal de 1986, o artigo 198 propõe ações integradas em saúde ao estabelecer que "as ações e serviços públicos de saúde 'integram' uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, pautado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade" (ARRUDA *et al.*, 2015).

Para Mendes (p. 17, 2011) as reformas sanitárias continuam necessárias, mas uma nova agenda deverá impor-se e terá como principais objetivos gerar valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e diminuir as iniquidades:

[...] Para isso, as mudanças deverão fazer-se por meio de alguns grandes movimentos: da decisão baseada em opinião para a decisão baseada em evidência; dos sistemas fragmentados, voltados para a atenção às condições e aos eventos agudos, para as redes de atenção à saúde, voltadas para atenção às condições agudas e crônicas; da gestão dos meios, recursos humanos, materiais e financeiros, para a gestão dos fins, a gestão da clínica; de uma visão estreita de intervenções sobre condições de saúde estabelecidas, através de ações curativas e reabilitadoras, para uma concepção integral de sistemas de atenção à saúde que atue harmonicamente sobre os determinantes sociais da saúde e sobre as condições de saúde estabelecidas; e do financiamento baseado no volume de recursos para o financiamento baseado na geração de valor para as pessoas.

A APS representa o componente de um sistema de saúde que permite tanto a entrada prioritária de pessoas aos serviços assistenciais como acompanhamento longitudinal de sujeitos saudáveis ou não em seu ambiente comunitário. Ela deve fazer o papel de coordenar e integrar os demais pontos da rede de atenção à saúde, racionalizar os custos do sistema, abordar os problemas sanitários mais comuns da comunidade, com responsabilidade pelo acesso, pela prevenção, pelo tratamento, pela cura e pela reabilitação dos usuários através de processos de trabalho em equipe, visando à máxima condição de saúde e bem-estar dos sujeitos (ALVES *et al.*, 2018).

Na realidade, a APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem como sistemas logísticos. Além disso, a atenção é fundamentalmente reativa e episódica e focada na doença. O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão com base nas necessidades de saúde da população ou gestão de base populacional, elemento essencial das RAS (BRASIL, 2015a)

Uma APS de qualidade só será possível se ela cumprir suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de resolubilidade, inerente ao nível de atenção primária, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RAS, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contra-fluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes. A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita e o exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela (MENDES, 2011).

Percebe-se que depois de um ciclo de aumento no gasto público com saúde em 2000 e 2014 (de 7,0% para 8,3% do PIB), a partir de 2015 o investimento foi revertido, com queda real no gasto per capita em saúde. Essa redução tem sido agravada pelo contexto de crise econômica e social, marcado por aumento no número de mortes violentas, surtos de doenças infecciosas e perda de cobertura por planos de saúde privados por parte de quase três milhões de brasileiros (TASCA *et al.*, 2018).

3.2 A prevenção quaternária como prática na APS para evitar intervenções desnecessárias

O conceito de prevenção quaternária (P4) foi criado pelo médico de família belga Marc Jamouille e em 2003 foi apresentado no dicionário da Organização Mundial de Medicina Familiar (WONCA - World Organization of Family Doctors, sigla em inglês) com a definição de ação tomada para perceber um paciente sob o risco de medicalização excessiva, para protegê-lo de novas invasões médicas, e para sugerir intervenções eticamente aceitáveis” (TELESSAÚDE INFORMA, 2015).

A iatrogenia clínica corresponde aos danos perceptíveis no indivíduo, por intervenções médicas ou de qualquer profissional de saúde. Esta prática cresceu tanto, que ganhou dimensão populacional, tornando-se recentemente a terceira maior causa de morte nos Estados Unidos da América, de acordo com um estudo divulgado no *Journal of the American Medical Association* (JAMA), periódico de maior circulação no mundo médico (TELESSAÚDE INFORMA, 2015).

A APS deve ser o ponto organizador dos sistemas de saúde, com responsabilidade por todos os níveis tradicionais de prevenção: primária secundária e terciária. Um nível adicional seria a prevenção quaternária, seu conceito nomeia a preocupação em prevenir a medicalização em excesso do cuidado e evitar intervenções desnecessárias, reduzindo danos, por meio de técnicas e práticas qualificadas e personalizadas de cuidado. Portanto, possui íntima relação com o trabalho em atenção primária, em especial nos aspectos relacionados ao sobre diagnóstico, o qual, podemos entender como sendo o excesso de medicalização e tratamentos desnecessários que causariam danos na vida das pessoas (GROSS *et al.*, 2016).

A P4 significa a concretização prática, no início do século XXI, de antigos compromissos éticos da biomedicina. Essa sempre os proclamou em teoria e no discurso, conforme o famoso Juramento Hipocrático, mas talvez não os tenha exercido a contento na prática, centrada no desenvolvimento tecnológico duro e na especialização focada nas

doenças, nas últimas décadas. Trata-se do exercício simultâneo da não maleficência (*primum non nocere*), ou seja, “primeiro não prejudicar” e da beneficência, agora um tanto mais humildes e cuidadosas: cuidado apropriado, ético, acessível, humano e amigável, adequado. Dois aspectos do conceito de prevenção quaternária podem ser ressaltados para sua melhor compreensão: sua relação com a conceituação e significação da saúde-doença e a necessidade de proteção dos usuários e redução de danos iatrogênicos (TESSER, 2012).

Muitos fatores estão levando ao sobre diagnóstico, incluindo interesses comerciais e profissionais, incentivos legais e questões culturais, sendo que testes cada vez mais sensíveis estão detectando “alterações” cada vez menores, que nunca vão progredir, alargando as definições das doenças e reduzindo os limiares de tratamento, disseminando a ideia de que estar sob o risco de doença é ter a doença em si (GROSS *et al.*, 2016).

Consequentemente, independente da situação, como uma diretriz para a prática da prevenção quaternária, é possível sustentar que, em geral, deve haver preferência por uma concepção dinâmica e funcional para abordar e explicar os problemas e adoecimentos, valorizando a vivência dos pacientes, administrando à vasta gama de sintomas (geralmente pouco enquadráveis em patologias) e construindo interpretações contextualizadas que deem algum sentido às vivências e contribuam para a terapêutica, utilizando como aliados o tempo, o acesso fácil e a longitudinalidade do cuidado (NORMAN; TESSER, 2015).

Além das influências do sistema de saúde, os cidadãos e profissionais de saúde agem em uma relação dialética entre medicalização e desmedicalização. A tecnologia, o impulso pelo consumo e a propaganda criados pelo setor privado fomentam a dependência, gerando expectativas irreais pelos pacientes acerca dos benefícios e danos das intervenções médicas e demanda por acesso a consultas e procedimentos. Esta demanda por consumo é rebatizada de autonomia, em uma complexa relação na qual médicos de família e usuários de saúde estão profundamente implicados (CARDOSO, 2015).

A P4 se define como conceito fundamental para melhorar a qualidade de vida da população, bem como para evitar gastos do sistema de saúde com a medicalização excessiva e exames complementares desnecessários, despertando um olhar criterioso para o cuidado em valorizar estratégias da prevenção quaternária e assim diminuir riscos danosos para a população (NORMAN; TESSER, 2015).

Os profissionais devem refletir sobre o conceito da P4 diante de qualquer opção preventiva ou curativa, a invenção de doenças, o uso irracional de antibióticos, enfim, uma lista imensa de exemplos. Por isso há a necessidade de os profissionais se apropriarem e terem uma leitura reflexiva das melhores evidências científicas, se valerem de uma medicina

protetora e promoverem um atendimento centrado no indivíduo (TELESSAÚDE INFORMA, 2015).

3.3 A regulação como espaço da demanda de encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada

A Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria GM/MS Nº 1559/2008 (BRASIL, 2008), torna regulação como a junção de ações que ajudam ou limitam a produção de bens e serviços no setor saúde, por meio de regulação, controle, fiscalização, monitoramento, auditoria e avaliação.

O termo regulação é bastante usual em diversas áreas como: regulação financeira, regulação de mercado, regulação normativa, regulação da força de trabalho, regulação da oferta de insumos e tecnologias, entre outros empregos em que ela pode ser usada. No setor saúde, a regulação também tem uma aplicabilidade abrangente, com definições distintas dependendo do advérbio que a acompanha. Portanto, compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, considerando que o setor é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e que requerem a atenção em distintos pontos de atenção à saúde ambulatorial e hospitalar (COSEMS-RJ, 2019).

Está organizada em três dimensões integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência, que devem ser desenvolvidas de forma dinâmica e integradas, com o objetivo de apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, aperfeiçoar os recursos disponíveis, qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde (BARBOSA, D.; BARBOSA, N.; NAJBERG, 2016).

Em 2009 foram destinados recursos federais para investimento em obras, equipamentos e reformas das estruturas das centrais de regulação, mediante critérios definidos na Portaria N. 2.907/2009. Porém, somente em 2012, por força da instituição das Redes Temáticas prioritárias e do estabelecimento de novas regras para o planejamento da saúde em geral, em decorrência do Decreto n. 7.508/2011, que regulamentou a Lei n. 8.080/1990 e da Lei Complementar n. 141/2012 é que foram regulamentados recursos de custeio para manutenção das Centrais de Regularão (CR) de internação e/ou ambulatorial (Portaria GM/MS n. 1.792/2012, alterada no mesmo ano, pela Portaria GM/MS n. 2.655/2012) (BRASIL, 2015b).

Quando o usuário busca atendimento no SUS com alguma queixa de saúde, sempre espera encontrar uma resposta rápida para aquilo que o preocupa. Mas, por mais experiência que os profissionais de saúde adquiram, cada caso é um caso, e é bastante frequente que, no dia a dia do trabalho nas unidades de saúde, surjam situações acompanhadas de elementos de maior complexidade que necessitam ser apreciadas por diferentes ângulos. No entanto, nem sempre encontrará, no momento da procura, a disponibilidade de oferta para diversas consultas com especialistas e/ou procedimentos de média e alta complexidade (ALMEIDA; JENSEN, 2014).

A definição de regulação deriva da Economia e tem como significado o controle sobre as falhas de mercado, observando-se os dois polos da relação em ambientes de mercado: a oferta e a demanda. A discussão no campo de ação do setor saúde se inicia com o propósito da regulação voltada para o mercado de planos e seguros de saúde. No âmbito do SUS, ela visa ordenar a relação entre as necessidades dos usuários e a capacidade de oferta de sistemas e serviços. Sabemos que na saúde pública a lógica da economia não se aplica, sendo que o fechamento não seria exato, pois a demanda é extremamente maior do que a oferta (BARBOSA, D.; BARBOSA, N.; NAJBERG, 2016).

Na regulação dos serviços de saúde de média e alta complexidade, os núcleos de telessaúde têm se vislumbrado decisivos para a racionalização dos recursos disponíveis no SUS, podendo ser importante instrumento para ampliar e facilitar o acesso a determinadas ações de saúde, aumentar a resolutividade na Atenção Básica, realizar matriciamento e ser ferramenta de educação permanente. Com o telessaúde implantado nas regulações pode ocorrer redução da fila de espera para atendimento nos serviços especializados em 40% a 70%, dependendo da especialidade, custos e riscos aos usuários e, assim, auxiliar na organização da rede de saúde (ALMEIDA; JENSEN, 2014).

Importante ressaltar a necessidade de se estabelecer fluxo institucional de comunicação (referência e contrareferência) entre as equipes da APS com outros pontos de atenção. Ao ser encaminhado para cuidados especializados temporários ou prolongados, é interessante que as equipes da APS possam compartilhar informações sobre o caminho de cuidado do usuário na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2016a).

Importante instrumento de ordenação dos serviços e ações de saúde, a regulação compatibiliza com os princípios regentes do SUS, pois vislumbra 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 (BARBOSA, D.; BARBOSA, N.; NAJBERG, 2016).

A construção de protocolos para as principais demandas de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação. A APS é o elemento principal para a estruturação da rede, pois esta atua como centro comunicador que deve coordenar os fluxos dos cuidados (BRASIL, 2016a).

Para que aconteça o cumprimento das funções dentro da regulação é necessário, entretanto, do conhecimento de dados mínimos do paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão. Outros elementos devem contribuir na operacionalização, tais como: os pontos de atenção secundários e terciários (serviços especializados); os sistemas de apoio (diagnósticos e terapêuticos; de assistência farmacêutica; de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão do usuário, prontuário eletrônico, transporte; acesso regulado); e o sistema de governança (BARBOSA, D.; BARBOSA, N.; NAJBERG, 2016).

É importante destacar que em 2012 por meio da Portaria GM/MS n. 841/2012 foi publicada a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde que compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde. Pela Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde o acesso às ações e serviços será oferecido de acordo com os regramentos do SUS no tocante ao acesso, baseados em critérios de referência na RAS e ordenado pela atenção primária (BRASIL, 2012).

Para assegurar a resolutividade na rede de atenção, um dos fundamentos que precisa ser considerado é o acesso, que pode ser analisado através da disponibilidade, que diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família; da comodidade, relacionada ao tempo de espera para o atendimento, à conveniência de horários, à forma de agendamento, à facilidade de contato com os profissionais, ao conforto dos ambientes para atendimento, entre outros; e da aceitabilidade, relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à estrutura física do serviço, ao tipo de atendimento prestado e, também, à aceitação dos usuários quanto aos profissionais. (LIMA *et al.*, 2015).

O Decreto nº 7.508/11 define a Região de Saúde como um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de semelhanças culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura-de transportes compartilhados, que tem como finalidade integrar a organização, o planejamento e

a execução de ações e serviços de saúde, visando garantir a integralidade da atenção à saúde (SHIMIZU *et al.*, 2017).

A regionalização é a diretriz organizativa que orienta o processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores nos três níveis de governo e para a qual os arranjos institucionais e a relação política administrativa são variáveis que permeiam o planejamento, a gestão e a organização de redes de atenção à saúde (SANCHO *et al.*, 2017).

A região de saúde é considerada um recorte territorial, administrativo/sanitário que possibilita integrar o que a descentralização supostamente teria dividido, definindo para a população um espaço sanitário de serviços, constituído pelas redes de atenção à saúde, dotadas de inteligência sanitária que permita à pessoa o acesso aos pontos terapêuticos adequados à sua necessidade (SANTOS *et al.*, 2017).

É necessário apontar que a falta ou a dificuldade de acesso à assistência nos serviços de atenção primária, a baixa resolubilidade desse nível assistencial e a não viabilidade da contrarreferência do paciente para o acompanhamento ambulatorial induzem os usuários com queixas crônicas e sociais a procurar os serviços de urgência como porta de entrada do sistema de saúde (BARBOSA, D.; BARBOSA, N.; NAJBERG, 2016).

A regulação assistencial, ou regulação do acesso à assistência, é um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que respondem às necessidades e demandas dos usuários por serviços de saúde, buscando garantir acesso equitativo, ordenado, oportuno e qualificado. Podemos dizer que a regulação de acesso é o instrumento que irá ajustar a oferta existente com as necessidades de saúde dos usuários do SUS. Otimizar os recursos existentes é o ponto fundamental, já que a oferta existente, por muitas vezes, será insuficiente em determinado município ou região. Assim, a regulação além de realizar essa interlocução entre municípios e regiões, também tem a função de qualificar as demandas dos usuários, com o estabelecimento de prioridades na atenção, ou seja, a regulação deverá fazer a gestão da demanda e não somente a gestão da oferta, juntamente com os prestadores de serviços e os gestores (COSEMS-RJ, 2019).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo de métodos mistos. De acordo com Gil (2018), há pesquisadores que consideram pesquisas de métodos mistos aquelas em que foram utilizadas tanto técnicas quantitativas como qualitativas para coleta dos dados. Para isso existem diferentes delineamentos, e o que mais se adaptou a este estudo foi o delineamento sequencial explanatório que se caracterizou pela coleta e análise de dados quantitativos seguidos pela coleta e análise de dados qualitativos. É geralmente adotado com o propósito de utilizar dados qualitativos para auxiliar na interpretação dos resultados de um estudo primariamente quantitativo.

Para Bosi e Mercado (2007) o uso simultâneo das abordagens qualitativa e quantitativa possibilita compreender em maior complexidade a dinâmica interna do fenômeno e, por conseguinte, entender o significado dos vários aspectos dos serviços avaliados. Enquanto a avaliação quantitativa permite quase sempre uma visão geral do fenômeno avaliado, a avaliação qualitativa permite encontrar explicações e aprofundar alguns aspectos gerais identificados quantitativamente.

A pesquisa de métodos mistos é um estudo com suposições filosóficas e também com métodos de investigação. Como um método, ela envolve suposições filosóficas que guiam a direção da coleta e da análise e a mistura das abordagens qualitativa e quantitativa em muitas fases da pesquisa e se concentra em coletar, analisar e misturar os dados das duas abordagens em um único estudo ou uma série de estudos. Estas quando combinadas, proporciona um melhor entendimento dos problemas de pesquisa do que cada uma das abordagens isoladamente (CRESWELL e CLARK, 2013).

4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado no município de Mombaça-Ce, localizado na Mesorregião dos Sertões Cearenses. Possui um total populacional de 43.797 habitantes (IBGE, 2019). Compõe a 18ª Região de Saúde do Ceará (figura I) da Macrorregião do Cariri. Os 10 municípios que compõem a 18ª Região de Saúde são: Iguatu (município polo), Acopiara, Mombaça, Jucás, Cariús, Saboeiro, Quixelô, Piquet Carneiro, Catarina e Deputado Irapuan

Pinheiro. A Regional de Saúde tem um total populacional de 315.459 habitantes (SESA, 2018).

Figura 1 – Mapa da 18ª Região de saúde do Ceará.



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2018).

A Secretaria Municipal de Saúde de Mombaça possui na Atenção Primária a Saúde: 14 Equipes da Estratégia Saúde da Família (EqESF), distribuídas em 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS); sendo seis UBS na sede do município, duas destas possuindo duas equipes e seis UBS na zona rural, cada uma com apenas uma equipe. Possui dois (02) Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e equipamentos de média complexidade como: 01 Hospital/Maternidade (Hospital e Maternidade Antonina Aderaldo Castelo) e um (01) Centro de Especialidade Odontológico (CEO). A Central de Regulação Ambulatorial funciona na sede da secretaria municipal de saúde, utilizando o sistema UNISUS WEB para a informatização dos usuários.

4.3 População e participantes das duas etapas do estudo

A primeira fase do estudo foi quantitativa e composta pela totalidade dos encaminhamentos existentes na central de regulação (que estão aguardando agendamento) e foram encaminhados da APS para atenção especializada. As especialidades referenciadas foram para nível regional (Policlínica Regional) ou para nível terciário. Esta identificação foi consultada no sistema de regulação estadual UNISUS WEB (sistema instalado na central de regulação municipal).

A segunda etapa do estudo (qualitativa), teve como sujeitos todos os médicos da APS cadastrados nas equipes de saúde família (EqESF) do município pesquisado, totalizando 14

(quatorze) profissionais distribuídos um em cada EqESF e foram convidados pessoalmente pela pesquisadora em suas unidades de trabalho, uma vez que o profissional médico é o responsável pelos encaminhamentos clínicos para a atenção especializada dentro do sistema regulador. Estes profissionais médicos fazem parte do quadro de pessoal por meio dos vínculos: Programa Mais Médico (PMM), efetivo e contratação temporária. Com este grupo será realizado grupo focal.

4.4 Critérios de exclusão do estudo

Na segunda etapa (qualitativa), os critérios de exclusão dos sujeitos foram os que estiverem de férias, atestado, licença saúde ou se negarem a participar.

4.5 Método de coleta e análise de dados

No primeiro momento do estudo os dados foram coletados em junho de 2019 na central de regulação do município de Mombaça-Ce por meio de um instrumento elaborado pela pesquisadora para coletar os dados dos encaminhamentos da APS para a atenção especializada que levou em consideração: a) a unidade básica de saúde solicitante; b) o preenchimento da justificativa do encaminhamento; c) tipo de especialidade médica solicitada; d) se a especialidade solicitada existe a nível regional; e) se está descrito a doença ou hipótese diagnóstica; f) e a data do encaminhamento. Os encaminhamentos selecionados foram identificados com um código numérico, único e sequencial. A coleta foi feita pela pesquisadora e por técnicas da central de regulação, utilizando equipamentos eletrônicos, tipo tablets, que são dispositivos eletrônicos portáteis com tela sensível ao toque (touch screen) para a entrada de dados, nos quais foi instalado o instrumento de coleta dos dados. Os dados foram transferidos dos tablets para um computador ao final de cada dia de trabalho de campo a fim de corrigir dados faltantes, repetidos ou incorretos. Neste mesmo período foi levantado o quantitativo de 3.720 atendimentos/médicos da APS por meio dos registros no E-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) que é uma estratégia para reestruturar as informações da saúde na Atenção básica em nível nacional.

Os dados desta primeira fase foram tabulados em uma planilha no Microsoft Excel e exportados para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20,0 no qual as análises foram realizadas adotando uma confiança de 95%. O tempo de espera foi definido como o período de tempo compreendido entre a data da solicitação e a data da

coleta de dados. Na análise do tempo foram considerados todos os encaminhamentos solicitados da APS para a atenção especializada existentes na central de regulação no período da coleta. Os dados foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual e para análise estatística entre grupos, foi utilizado o teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson.

Foi realizada comparação entre o tempo de espera e o preenchimento da justificativa clínica no impresso do encaminhamento. Também foi comparado o tempo de espera com relação à especialidade solicitada, como ainda a doença ou hipótese diagnóstica descritas nos encaminhamentos. Os dados analisados nesta primeira etapa foram utilizados na próxima etapa do estudo (qualitativa) como questões norteadoras para discussão e reflexão em grupo focal.

O segundo momento do estudo, também, foi realizado em junho de 2019. Nesta etapa foi utilizado como técnica o grupo focal e teve como participantes 13 (treze) médicos da APS (apenas um médico não participou do estudo por se encontrar de férias) sendo distribuídos um para cada EqESF e foram convidados pessoalmente pela pesquisadora em suas unidades de trabalho, onde a mesma falou da importância do estudo para a prática na APS e que os mesmos não levassem em conta, o fato de ser gestora, no sentido de sentirem obrigados a participar. Para Prates *et al.* (2015) o grupo focal consiste em uma técnica de produção de dados que envolve a formação de um grupo com características comuns, dirigido por um moderador, que mantém os participantes centrados em uma discussão sobre determinado tema, sendo possível a troca de ideias, experiências, sentimentos, crenças, comportamentos e pontos de vista, proporcionando a reflexão e, até mesmo, a mudança de opinião ou de fundamentação da posição inicial.

Os dados foram coletados por meio de um roteiro de grupo focal (APENDICE C), elaborado pela pesquisadora, que levou em conta questões norteadoras que permitissem uma boa interação entre os participantes e a pesquisadora (gestora), e que ao mesmo tempo não houvesse restrições de respostas dos participantes, por motivo da moderadora ser a gestora. As questões foram: 1) Como você avalia a importância da justificativa clínica nos encaminhamentos da APS para a atenção especializada com relação ao tempo de espera para agendamento? 2) O que você avalia e espera frente a um encaminhamento da APS para a atenção especializada? 3) Que reflexões sobre esta temática são importantes para melhorar a resolutividade na APS e na central de regulação? No final do roteiro a pesquisadora apresentou, aos participantes, os dados da primeira etapa (quantitativa) para discussão e reflexão.

Para Backes *et al.* (2011) o campo da pesquisa qualitativa se constitui de diferentes possibilidades metodológicas, as quais permitem um movimento dinâmico de aderência a novas maneiras de coleta e de análise de dados. Dentre estas possibilidades, o grupo focal representa uma técnica de coleta de dados que, a partir da interação grupal, promove uma ampla problematização sobre um tema ou um foco específico.

A moderadora do grupo focal, que foi a pesquisadora, fez as anotações necessárias em um bloco de notas; a população de 13 (treze) médicos da APS foi dividida em dois grupos focais, apenas para melhor desenvoltura da técnica no tocante a quantidade de participantes: um de sete participantes (médicos das equipes da zona urbana) e o outro com seis participantes (médicos das equipes da zona rural). Para Barbour (2009) o tamanho ideal de um grupo focal é de 10 a 12 pessoas. Afirma, também, que o número de pessoas que podem prontamente receber igual voz nos procedimentos dependerá não só da habilidade do moderador, mas também do nível e da complexidade da discussão desejada.

Cada grupo focal teve um encontro, totalizando dois no final desta etapa. Os encontros aconteceram na sala do Conselho Municipal de Saúde na sede da Secretaria Municipal de Mombaça; o local escolhido dispõe de uma sala ampla, climatizada, possui uma mesa redonda e de fácil localização para todos os participantes; como acolhimento foi ofertado aos participantes um lanche e proposto uma reflexão inicial no sentido de que o encontro fluísse sem nenhum critério de interesse que não fosse à contribuição dos participantes médicos e gestão para melhorar o fluxo e contra fluxo das referências. Cada encontro teve duração média de uma hora e trinta minutos. As discussões dos grupos foram gravadas, sendo que este fato foi comunicado aos participantes, assegurando-lhes anonimato e uso exclusivo das gravações para as finalidades da pesquisa. Após a discussão das três questões norteadoras, houve a apresentação dos dados quantitativos (resultantes dos encaminhamentos demandados pelos próprios participantes) para verificar as impressões dos mesmos e em conjunto (médicos e gestora) proporem ações de mudança para a realidade da rede de atenção à saúde local e regional. Não houve necessidade de repetir as entrevistas, uma vez que fluiu satisfatoriamente e as questões norteadoras foram interpretadas tranquilamente pelos participantes. No entanto, no final de cada grupo foram expostas as gravações para apreciação das falas pelos mesmos.

Para identificar a fala de cada participante à pesquisadora usou a letra “M” (primeira letra da palavra médicos, os quais foram os sujeitos do estudo) seguida de um número romano sequencial.

Após cada encontro a pesquisadora registrou as discussões, ouvindo as gravações e transcrevendo; fazendo um paralelo com as anotações escritas, resumindo as informações, as suas impressões e as implicações das informações para o estudo.

Para análise dos dados, estes foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática de Bardin (2011), seguindo-se as fases de pré-análise, codificação, tratamento dos resultados e interpretação. Entendida como um conjunto de estratégias para extrair das diversas respostas seus sentidos e significados principais, confrontando-os com o objetivo do estudo e referencial teórico.

A análise de conteúdo é uma maneira de revelar o que há de significativo nas palavras dos participantes, às circunstâncias nas quais um comentário foi feito, tom e intensidade do mesmo, se houve mudança de opiniões durante as discussões e se a mesma foi causada pela pressão do grupo, precisão das respostas e consideração das ideias preponderantes. Os dados destacaram descobertas-chaves com relação ao objeto do estudo, no caso, os encaminhamentos da APS para a atenção especializada e resultou na construção de três categorias com base nos atributos essenciais da APS: Primeiro Acesso; Integralidade/Longitudinalidade e a Coordenação do Cuidado.

Ao finalizar as etapas do estudo, procedeu a sintetização e interpretação dos resultados obtidos nas duas etapas, separadamente. Depois, seguiu à discussão acerca de que maneira e extensão os resultados da segunda etapa (resultados qualitativos) contribuíram para explicar os resultados da primeira etapa (resultados quantitativos), resultando em um relatório final.

4.6 Considerações éticas

Durante a realização da pesquisa obedeceu ao que consta na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2013).

Os participantes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e foi solicitado um consentimento por escrito de forma que autoriza a utilização dos dados coletados para uso de pesquisa e divulgação, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C). Através desse documento e seguindo as normas da resolução acima citada os participantes souberam que suas informações pessoais serão mantidas em sigilo, sendo utilizadas somente para fins científicos e que, mesmo depois de assinado o termo de consentimento, poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento que achassem

necessário, sem que tal decisão lhes cause qualquer malefício. Os resultados foram divulgados oficialmente sob a forma de artigos científicos publicados em periódicos indexados. A pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará para sua aprovação através do Parecer: 3.227.742.

5 RESULTADOS

Os resultados obtidos com esta pesquisa foram separados em dois blocos: 1) dados quantitativos resultantes da consulta aos encaminhamentos da Atenção Primária para a Atenção Especializada e; 2) dados qualitativos, resultantes de grupos focais realizados com os responsáveis pelos encaminhamentos, que foram conduzidos após exposição de questões norteadoras, buscando permitir reflexões, construção de novos conhecimentos, mudanças de raciocínio e compartilhamento de ideias pelo grupo.

5.1 Descrição dos resultados quantitativos da análise do instrumento utilizado na Central de regulação

No período de abrangência do estudo foram encontrados 643 encaminhamentos na central de regulação, oriundos da Atenção Primária para a atenção especializada. No entanto, em alguns dos dados apresentados nas tabelas seguintes, este número irá variar por inexistência de algumas das informações, sendo analisado estatisticamente como dados perdidos.

Na tabela 1, apresentamos os encaminhamentos conforme o levantamento realizado no instrumento de coleta, onde observamos a predominância de 73,7% (n= 469) dos encaminhamentos com preenchimento da justificativa clínica.

Tabela 1 – Distribuição dos encaminhamentos para consultas médicas especializadas, preenchimento da justificativa clínica e hipótese diagnóstica e direcionamento do atendimento e tempo de espera. Mombaça, Ceará, Brasil, 2019.

	n	%
Encaminhamento com preenchimento ficha clinica		
Não	167	26,3
Sim	469	73,7
Especialidade		
Exames Especializados	477	74,2
Ortopedista	17	2,6
Dermatologista	3	0,5
Neurologista	33	5,1
Otorrinolaringologista	113	17,6
Especialidade está dentro da Região de Saúde		
Não	2	0,3
Sim	628	99,7
Encaminhamento descreve hipótese diagnóstica		
Não	390	61,6
Sim	243	38,4
Tempo do encaminhamento para realização		
Até 30 dias	135	21,7
Entre 31-90 dias	178	28,6
Entre 90-150 dias	164	26,3
>150 dias	146	23,4
Total	643	100,0

Fonte: elaborado pela autora. Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.
OBS: nas informações com dados perdidos (estatisticamente) a soma não será igual a 643.

As especialidades médicas destacadas na tabela 1 se apresentaram da seguinte forma: 17,6% (n= 113) em otorrinolaringologista, 5,1 (n= 33) em neurologista, 2,6% (n= 17) em ortopedista e 0,5% (n= 03) em dermatologista. Podemos observar que no item “não informado” representou 74,2% (n= 477), sendo estes os exames especializados.

Quando observado na tabela 1 o fluxo do encaminhamento com relação ao nível da Rede de Atenção à Saúde, percebe-se que 99,7% (n= 628) dos encaminhamentos teria seu agendamento para um nível secundário, sendo esta demanda direcionada para a Policlínica da Região de Saúde que abrange o município estudado.

Ainda na tabela 1 com relação à descrição da hipótese diagnóstica nos encaminhamentos, a maior parte destes 61,6% (n= 390) não apresentou esta informação descrita.

A varável tempo de espera do encaminhamento para realização da consulta ou procedimento especializado demonstrou bastante variação: até 30 dias - 21,7% (n= 135),

entre 31 – 90 dias 28,6% (n= 178), entre 90 – 150 dias 26,3% (n= 164) e > 150 dias 23,4% (n= 146).

Na tabela 2, observamos o número de encaminhamentos com e sem justificativa clínica preenchida conforme o tempo de espera para realização dos mesmos. Encaminhamentos com justificativa clínica até 30 dias de espera somaram 75, 6% (n= 102), entre 31 – 90 dias 75,8% (n= 135), entre 90 – 150 dias 73,2% (n= 120) e > 150 dias 70,5% (n= 103). Os encaminhamentos sem justificativa clínica apresentaram a seguinte relação tempo de espera e quantitativo: até 30 dias 24,4% (n= 33), entre 31 – 90 dias 24,2% (n= 43), entre 90 – 150 dias 26,8% (n= 44) e > 150 dias 29,5% (n= 43).

Tabela 2 – Tempo de espera para agendamento da consulta ou exame especializados. Mombaça, Ceará, Brasil, 2019.

	Tempo encaminhamento realização								p-valor
	Até 30 dias		Entre 31-90 dias		Entre 90-150 dias		>150 dias		
Justificativa clínica									
Não	33	24,4%	43	24,2%	44	26,8%	43	29,5%	0,698
Sim	102	75,6%	135	75,8%	120	73,2%	103	70,5%	
Especialidade									
Não informado	3	2,2%	3	1,7%	1	0,6%	1	0,7%	<0,001
Ortopedista	10	7,4%	4	2,2%	3	1,8%	0	0,0%	
Dermatologista	0	0,0%	2	1,1%	1	0,6%	0	0,0%	
Neurologista	6	4,4%	8	4,5%	11	6,7%	7	4,8%	
Otorrinolaringologista	11	8,1%	16	9,0%	13	7,9%	70*	47,9%	
Ecocardiograma	2	1,5%	9	5,1%	18*	11,0%	26*	17,8%	
US abdominal/pélvica	17	12,6%	45*	25,3%	26	15,9%	10	6,8%	
US mamária	5	3,7%	26	14,6%	55	33,5%	18	12,3%	
TC abdomem	8	5,9%	4	2,2%	1	0,6%	0	0,0%	
TC coluna	35*	25,9%	14	7,9%	3	1,8%	1	0,7%	
TC cabeça e pescoço	26*	19,3%	12	6,7%	3	1,8%	1	0,7%	
TC tórax	2	1,5%	4	2,2%	0	0,0%	1	0,7%	
Endoscopia	6	4,4%	27	15,2%	28	17,1%	11	7,5%	
TC**	4	3,0%	4	2,2%	1	0,6%	0	0,0%	
Nível de Encaminhamento									
Região de Saúde	134	100,0%	175	99,4%	163	100,0%	143	99,3%	0,593
Nível Terciário	0	0,0%	1	0,6%	0	0,0%	1	0,7%	
Hipótese diagnóstica									
Ausente	64	47,8%	122*	68,5%	119*	73,0%	81*	55,9%	<0,001
Presente	70*	52,2%	56	31,5%	44	27,0%	64	44,1%	

Fonte: elaborado pela autora. *p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. **Tomografia computadorizada. OBS: Nas informações com dados perdidos (estatisticamente) a soma não será igual 643.

No tocante as especialidades médicas e o tempo de espera dos encaminhamentos, podemos observar que a especialidade otorrinolaringologista apresentou o maior número de encaminhamentos em todos os períodos de tempo apresentado, sendo que 8,1% (n= 11) até 30 dias de espera, entre 31 – 90 dias 9,0% (n= 16), entre 90 – 150 dias 7,9% (n= 13) e > 150 dias, 47,9% (n= 70). A especialidade neurologista vem em seguida apresentando o maior número de encaminhamentos nos três maiores períodos de tempo de espera: entre 30 – 90 dias 4,5% (n= 8), entre 90 – 150 dias 6,7% (n= 11) e > 150 de 4,8% (n= 7). A dermatologia apresentou a menor demanda em todos os períodos de tempo: Até 30 dias 0,0% (n= 0), entre 31 – 90 dias 1,1% (n= 2), entre 90 – 150 dias 0,6% (n= 1) e > 150 dias 0,0% (n= 0).

Com relação ao número de exames especializados e o tempo de espera, observamos que a tomografia de coluna no período de até 30 dias teve a maior demanda 25,9% (n= 35), a ultrassonografia abdominal/pélvica foi de 25,3% (n= 45) entre 31 – 90 dias e a ultrassonografia mamária apresentou a maior representação 33,5% (n= 55) entre 90 – 150 dias e o ecocardiograma destacou o maior número de encaminhamentos 17,8% (n= 26) no período > 150, seguido da ultrassonografia mamária com 12,3% (n= 18). O encaminhamento de tomografia em geral apresentou a menor demanda 0,0% (n= 0) no maior de tempo espera > 150 dias e a maior demanda no menor tempo de espera < 30 dias.

Os encaminhamentos com até 30 dias de tempo de espera apresentam 100% (n= 134) de direcionamento dentro da Região de Saúde. Nos períodos entre 31 – 90 dias e > 150 dias mostrou respectivamente o número de encaminhamentos para o nível terciário 0,6% (n= 1) e 0,7% (n= 1).

Na relação entre a descrição da hipótese diagnóstica e o tempo de espera, observamos que os encaminhamentos com até 30 dias apresentaram descrição diagnóstica de 52,2% (n= 70). No entanto, os encaminhamentos sem informação diagnóstica apresentaram maior tempo de espera para agendamento, sendo entre 31 – 90 dias 68,5% (n= 122), entre 90 – 150 dias 73,0% (n= 119) e > 150 dias 55,9% (n= 81).

Na tabela 3 pode-se observar vinte hipóteses diagnósticas (mais relevantes) que apresentaram 163 solicitações entre os 243 encaminhamentos com esta informação (conforme tabela 1). A cefaleia representou o diagnóstico com a quantidade mais relevante 10,2% (n=25), seguido da lombalgia com 6,99% (n=17) e nódulo mamário 6,99% (n=17).

Tabela 3 – Hipóteses diagnósticas mais relevantes nos encaminhamentos da APS. Mombaça, Ceará, Brasil, 2019.

Diagnóstico/Hipótese Diagnóstica	Quantidade de Solicitações de diferentes especialidades e exames	%
Cefaleia	25	10,20%
Lombalgia	17	6,99%
Nódulo Mamário	17	6,99%
Mastalgia	10	4,11%
Discopatia	10	4,11%
Gastrite	09	3,70%
Otite	09	3,70%
Amigdalite/Faringite	15	6,17%
Diminuição da acuidade auditiva	11	4,52%
Rinite	05	2,05%
Dor a esclarecer	05	2,05%
Labirintite	05	2,05%
Vertigem	04	1,64%
Zumbido	04	1,64%
Epistaxe	03	1,23%
AVC	03	1,23%
Hérnia Umbilical	03	1,23%
Protusão Discal	03	1,23%
Cervicalgia	03	1,23%
Nefrolitíase	02	0,82%

Fonte: elaborado pela autora. Os números expressos aqui são somente das 20 hipóteses diagnósticas.

Os encaminhamentos com o preenchimento da justificativa clínica somaram um total de 73,7%.

No quadro 1 são apresentadas três justificativas clínicas selecionadas aleatoriamente para as cinco mais relevantes hipóteses diagnósticas mediante apresentação da tabela 3.

Quadro 1 – Justificativa clínica relacionada com hipótese diagnóstica e especialidade. Mombaça, Ceará, Brasil, 2019.

Justificativa clínica descrita	Hipótese diagnóstica presente ou ausente	Especialidade médica /exame especializado solicitados
-Cefaleia intensa e constante	Não	Tomografia de Crânio
-Paciente com queixa de cefaleia, dor frontal crônica	Sim/cefaleia	
-Avaliação inicial para doença psicológica	Não	
-Paciente solicita retorno ao ortopedista;	Não	Ortopedista
-Paciente com queixa de lombalgia crônica;	Não	Tomografia de coluna lombar
-Paciente com dor lombar;	Sim/Lombalgia	
-Nódulo Mamário:	Não	Ultrassonografia Mamária
-Nódulo mama esquerda A/E;	Não	
-Complementação mamografia;	Não	
-Amigdalite aguda, 4 episódios em 4 meses;	Não	Otorrinolaringologista
-Faringoamigdalite de repetição associada a dificuldade respiratória;	Sim/hipertrofia de amígdalas	
-Paciente com faringoamigdalite de repetição e apresenta hipertrofia de amígdalas;	Não	
-Paciente com déficit auditivo;	Sim/Déficit auditivo	Otorrinolaringologista
-Paciente com relato de dificuldade auditiva em ouvido esquerdo;	Sim/Hipoacusia a esclarecer	
-Redução auditiva progressiva + otite média aguda de repetição	Não	

Fonte: elaborado pela autora.

Pode-se observar um elevado número de encaminhamentos para os exames de tomografia e ultrassonografia, mesmo sem presença de hipótese diagnóstica. Já nas descrições

com base nas afecções da garganta, nariz e ouvido, todos os encaminhamentos foram para o otorrinolaringologista.

5.2 Descrição dos resultados da análise qualitativa através de Grupo Focal (GF)

No período da abrangência do estudo foram realizados dois grupos focais que contemplou treze (13) profissionais médicos da Atenção Primária a Saúde, pois um participante encontrava-se de férias no período do estudo e foi retirado da amostra. Os participantes foram divididos em duas turmas para oportunizar as falas e melhor registro pela pesquisadora. O primeiro grupo contou com a participação de sete (7) profissionais e o outro com seis (6), conforme demonstrado no quadro 02.

Quadro 2 – Dados da realização dos Grupos Focais. Mombaça, Ceará, Brasil, 2019.

Quantidade de Participantes/ Médicos.	Duração	Categorização das falas, através dos atributos essenciais para análise de conteúdo	TCLE	Dinâmica de Abertura	Apresentação das três questões norteadoras e dados quantitativos
07	01:26:18 hs	Primeiro Acesso; Integralidade/ Longitudinalidade; Coordenação do cuidado	Assinado no início do grupo	Reflexão e apresentação dos participantes	Através de data show
06	01:22:02 hs	Primeiro Acesso; Integralidade/ longitudinalidade Coordenação do cuidado.	Assinado no início do grupo	Reflexão e apresentação dos participantes	Através de data show

Fonte: elaborado pela autora.

A primeira questão norteadora apresentou a seguinte pergunta para a discussão: **Como você avalia a importância da justificativa clínica nos encaminhamentos da APS para a atenção especializada com relação ao tempo de espera para o agendamento?**

5.2.1 Primeiro Acesso

O primeiro acesso do indivíduo com o sistema de saúde é, enquanto atributo, descrito como acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde como fonte de cuidado a

cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas (BRASIL, 2016c). Por isso as falas foram categorizadas com relação à primeira questão norteadora em “Primeiro Acesso”.

No que diz respeito à participação do médico frente a uma justificativa clínica, percebe-se que os profissionais se colocam no papel de defensores de uma justificativa clínica estruturada. Verifica-se isso nas seguintes falas:

“A importância da justificativa clínica é fundamental, pois dependendo dela e da necessidade do paciente é que vai colocar em primeiro ou segundo da fila.” (M I).

“[...] porque eu vejo a descrição clínica muito importante, mas o espaço é pouco [...]” (M VII).

“Uma história clínica bem detalhada com uma cronologia bem feita e justificando o porquê que você está encaminhando vai facilitar tanto para a triagem na central como para o especialista que irá receber. Tem até aqueles casos que você julga a necessidade e coloca urgente. Às vezes a gente encaminha sem muita necessidade e aí entra a nossa reflexão na hora de encaminhar” (M IX).

“[...] eu acho que o primeiro ponto a ser discutido é que a justificativa clínica tem que servir para nós profissionais nos questionarmos: eu preciso mandar este paciente mesmo? A justificativa clínica é nossa. Respondi pra mim? Já solicitei todos os exames? Já estudei sobre a doença? Quando eu respondo e vejo que já esgotei todas as possibilidades aí eu realmente faço uma justificativa descrevendo tudo que já fiz [...]” (M XII)

Ainda dentro da categoria do primeiro acesso, pode-se perceber que os profissionais médicos relataram a questão sobre quem lê a referência deles na central de regulação. As próximas falas expressam esta afirmativa.

“Quando eu encaminho um paciente grave, eu já coloco urgente... não sei quem vai ler. Geralmente quando o paciente pede um encaminhamento eu coloco a pedido (só as letras A/P que aí na secretaria já vão identificar)” (M III).

“Cada profissional tem sua forma de se comunicar; nós aprendemos a nos comunicar de uma maneira, o que colocamos na descrição da justificativa clínica, se fosse um profissional médico que avaliasse na central de regulação ele entenderia” (M IV).

“[...] Dependendo da patologia que a gente coloca na descrição existe a classificação de risco/gravidade e quando a gente coloca é para o especialista ler. Aí fazemos a nossa parte [...]” (M V).

“O encaminhamento é sempre feito para um colega avaliar. Esta descrição serve tanto para o profissional como para dar celeridade. Tem que ter um encontro de quem faz com quem recebe” (M VI).

“[...] outra coisa importante é quem avalia nossos encaminhamentos, porque o que a gente coloca é importante para o especialista ler e muitas vezes não será compreendido por quem está na central [...]” (M VII).

A segunda questão norteadora disparada no grupo focal foi: **o que você avalia e espera frente a um encaminhamento da Atenção Primária a Saúde para a Especializada?**

5.2.2 Integralidade e Longitudinalidade

A integralidade é definida pelo leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço da APS, ou seja, ações que o serviço de saúde deve ofertar para que os usuários recebam atenção integral. Já a longitudinalidade é definida pela existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo (BRASIL, 2016c). Com base à segunda questão norteadora categorizamos as falas dos médicos dentro destes dois atributos.

Os profissionais médicos expressaram que a falta da contra referência é o grande entrave para dar seguimento ao paciente na APS. Conforme as falas expostas:

“Acho que todos esperam a contra referência” (M I).

“[...] se resume na contra referência. O paciente some e não chega a um desfecho final. Aí a gente tem que começar do zero. Referenciar novamente [...]” (M VII).

“Muita coisa gira em torno da contra referência. Se eu encaminho a um especialista é porque eu não consigo resolver... Só que eu continuo sem resolver... Eu também vejo que as unidades que tem ensino, que existe um acadêmico de medicina a questão da contra referência é muito bem feita.” (M IV).

“[...] eu vejo que se existir a contra referência a resolutividade acontece. Às vezes eu peço para o paciente dizer para o especialista me mandar uma cartinha, porque quando vem uma contra referência, evita estes vários retornos que a gente sabe que não tem resolutividade e onera o sistema cada vez mais [...]” (M VIII).

“Eu vejo que melhorou muito com a policlínica. E que precisa a atenção especializada fazer a contra referência (feed back). Pois o paciente fica perdido. A questão da contra referência é um problema crônico” (M XII).

“[...] quando a gente pede para o profissional da atenção especializada mandar a contra referência, tipo uma cartinha, eu tenho tido esta devolutiva e aí ajuda muito. Pois muitas vezes eu preciso só que ele feche o diagnóstico. Eu tenho vários exemplos que se tivesse acontecido à contra referência o resultado no tratamento teria sido bem mais resolutivo [...]” (M XIII).

Algo que possibilitou reflexões dos profissionais ainda dentro desta categoria foi com relação aos retornos, sendo que o paciente sempre precisa de um novo encaminhamento para retornar ao especialista. As falas a seguir expressam isso:

“Outra coisa é o retorno; às vezes uma pessoa tem que ter uma consulta na atenção básica só para fazer um encaminhamento para um retorno e a gente não tem nem noção se esta pessoa realmente está precisando deste retorno, até porque não tem nada que me diga sobre isto; volta do especialista e não traz nada, aí só volta pra gente quando precisa do encaminhamento para retornar” (M III).

“[...] também acho que os retornos poderiam ser agendados pela atenção especializada [...]” (M VIII).

Alguns médicos discutiram no grupo sobre a resolutividade, vislumbrando ser ela a mais importante frente a um encaminhamento. Fica-se perceptível nas seguintes falas:

“No mais médico tem o telessaúde; mais quase não uso. No início tentei o acesso, porém não obtive resposta em tempo oportuno e aí o paciente se perdeu. Porque se não tiver resolutividade o paciente não volta. Ele já não acredita muito e se não resolver...” (M IV).

“[...] já eu: espero resolutividade [...]” (M IX).

“[...] eu também acredito na resolutividade. O que a gente ver é o paciente voltando sem nenhuma resolução. Pois se a atenção especializada não for resolutiva este paciente vai continuar retornando e a gente enquanto médico da atenção básica fica apenas para fazer a referência de retorno. Se não fizer uma cartinha, eles não respondem [...]” (M X).

“O paciente é da atenção básica. Ele vai continuar sendo da atenção básica. A atenção especializada é um momento. E você precisa saber o que está acontecendo com ele para poder manusear. Porque na atenção especializada ou você tem alta ou se tem segmento. Eu acredito que tem que ser um conjunto” (M XI).

A terceira questão norteadora trouxe para o grupo a seguinte pergunta: **Que reflexões sobre a temática são importantes para melhorar a resolutividade na Atenção Primária a Saúde e Regulação?**

5.2.3 Coordenação do Cuidado

Entende-se por Coordenação do cuidado a capacidade de se integrar todo cuidado que o paciente recebe em diferentes pontos, por meio do gerenciamento e da coordenação

entre os serviços. Sem ela, a longitudinalidade perderia muito do seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função do primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa (BRASIL, 2016c). Corroborando com o autor, categorizamos as falas da terceira questão norteadora como “Coordenação do Cuidado”.

Os médicos relataram sobre as dificuldades em manter o elo entre APS e atenção especializada. Conforme as falas a seguir:

“A questão do feedback; a importância do segmento deste paciente na atenção básica” (M I).

“O propósito da atenção especializada com a atenção primária não está acontecendo. A atenção especializada não é pra ficar mesmo com o paciente; o paciente é nosso, ele é da atenção primária. É dever da gente. Se a gente não está tendo um retorno pra ficar fazendo o acompanhamento devido... fica muito difícil. É ruim para os dois lados. A grande dificuldade é debater sobre tudo isso” (M II).

“[...] quem realmente merece ir? É preciso fazer esta pergunta. Pois a gente só deve encaminhar quando suspeita de um diagnóstico... Às vezes a contra referência não vem com o paciente e o mesmo nem sabe o que foi fazer lá, neste caso o paciente nem precisava ter ido... O especialista e o sistema estão pensando em números, e o que a gente está fazendo hoje aqui é pensando em qualidade [...]” (M IV).

Por outro lado, os médicos trouxeram várias reflexões na tentativa de expor condições para uma melhor resolutividade na APS e central de regulação. Segue as falas:

“Eu tento resolver o máximo... Porque o próprio paciente volta desacreditado do especialista. Aí eu prefiro ficar tentando. Na maioria das vezes a gente fica se perguntando, e agora? Como farei? Já mandei porque tinha dúvidas” (M VI).

“[...] para ter esta resolutividade é a questão da objetividade [...]” (M IX).

“[...] você precisa ser firme com o paciente, acolher e mostrar que você sabe e que está ali para ajudá-lo. E ter a objetividade na contra – referência é necessário [...]” (M XII).

“Eu acho que quando a gente tá na atenção primária, a gente tem que ter a consciência do que está mandando. A fila só vai ficar real, quando eu entender que não existe a necessidade de determinado paciente ir. A atenção primária dar trabalho, mais ela é longitudinal... E a gente precisa entender que quando eu encaminho um paciente vai ser oneroso; porque ajudar o sistema é ter a consciência de que só irei encaminhar o que realmente tem a necessidade e se já foi esgotado todas as minhas alternativas dentro da atenção primária.” (M XIII).

No final de cada grupo focal foram apresentados os dados do estudo quantitativo, uma vez que os participantes conheceram a realidade da central de regulação com relação aos encaminhamentos enviados por eles para a atenção especializada. A moderadora pontuou em

cada levantamento encontrado a importância do papel deles frente a um encaminhamento e isto possibilitou reflexões relevantes do grupo. E com base nas reflexões expostas no tocante ao aprimoramento dos encaminhamentos e de aumento da resolutividade na APS foi possível elencar algumas colocações-chaves que possibilitaram as seguintes reflexões:

- _ Com relação ao tempo de espera dos encaminhamentos apresentados e também a quantidade de encaminhamentos sem hipótese diagnóstica;

- _ Que é preciso fortalecer o encaminhamento da APS;

- _ Que não é fácil fazer APS, uma vez que não é só o paciente, e sim uma família;

- _ A criação de protocolos de encaminhamentos; e aqui foi sugerida pela moderadora do grupo, a leitura dos protocolos de encaminhamentos da atenção básica para a atenção especializada do Ministério da Saúde;

- _ A criação de uma ficha de referência mais detalhada, para instigar ao especialista preencher a contra referência;

- _ A criação de um grupo de WhatsApp dos médicos da APS, central de regulação e gestão;

- _ O telessaúde, como uma ferramenta de segunda opinião;

- _ A cerca de ter maior atenção na descrição dos encaminhamentos;

- _ A importância do serviço da policlínica regional;

- _ A importância de encontros como o que ocorrera e do crescimento que cada participante saiu após este grupo;

6 DISCUSSÃO

Ao avaliar os encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada na central de regulação do Município de Mombaça-Ce foi possível verificar um total de 643 solicitações (entre consultas e exames especializados). Foi levantado o número de consultas médicas (3.720) do período correspondente à coleta dos dados para comparação com o número dos encaminhamentos encontrados. Com isto, obteve-se um percentual de 17,28% (abaixo da média de encaminhamentos do Brasil = 20,05%). O indicador utilizado para o método de cálculo foi da ficha de qualificação dos indicadores do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ): número de atendimentos médicos para serviço especializado vezes 100 dividido pelo número total de atendimentos médicos (BRASIL, 2012). Neste sentido a pesquisadora realizou grupos focais com os profissionais médicos, para compreender a percepção deles com relação à resolutividade dos processos de saúde-doença percorrendo um longo caminho dentro do SUS para sua efetividade, inclusive a qualidade nas descrições destes encaminhamentos, no tocante ao fluxo e contra fluxo.

Ressaltamos que o SUS é definido constitucionalmente como o resultado da integração das ações e serviços públicos de saúde, em rede regionalizada e hierarquizada. É dessa integração que nasce o sistema único, sendo competência comum de todos os entes federativos o cuidado com a saúde. Além disso, ante o conceito global, integral da saúde das pessoas, que exige um conjunto interligado e complexo de atos sanitários de promoção, prevenção e recuperação, não há como um único destes entes, realizar todas as atribuições da saúde integral (SANTOS *et al.*, 2017).

Dentre seus princípios o acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma direito constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais e se constituiu em um dos direitos fundamentais de cidadania. O acesso não equivale à simples utilização do serviço de saúde, mas também à oportunidade de dispor dos serviços em situação que permitam o uso apropriado dos mesmos, no tempo oportuno, para o alcance dos melhores resultados de saúde (SILVA *et al.*, 2017).

É importante notar que, para o acesso efetivo, além da amostra do território que determina a região de saúde onde o paciente é atendido, outros elementos são essenciais, dentre eles as RAS que devem ser organizadas de modo hierarquizado quanto à complexidade tecnológica exigida pelo diagnóstico e tratamento (SANTOS *et al.*, 2017).

Além disso, o processo de descentralização e regionalização do sistema de Saúde do país é complexo devido a diversas realidades e desigualdades regionais e também em razão

do envolvimento de múltiplos agentes de diversas instâncias no que diz respeito à acessibilidade aos seus serviços. Esse fato envolve a questão de que no sistema de saúde brasileiro ao contrário do sistema inglês, nacionalizado, e do canadense, provincial optou-se pela descentralização em nível municipal, delegando aos municípios a responsabilidade pela organização e gestão (SILVA *et al.*, 2017).

A atenção primária em saúde deve ser a ordenadora de todo esse encadeamento sanitário-sistêmico, o elo entre a pessoa e suas necessidades em saúde em todos os níveis de complexidade tecnológica. A atenção básica, porta de entrada do sistema e ordenadora do cuidado em todas as suas dimensões, é o alicerce da atenção à saúde ordenando as redes e seus vários pontos de atenção (SANTOS *et al.*, 2017).

Porém, a dificuldade de coordenação dos cuidados pela Atenção Primária é um desafio contemporâneo e uma preocupação crescente, compartilhada por gestores de sistemas de saúde em diferentes países, principalmente frente à necessidade de melhorar a qualidade da atenção aos agravos crônicos que exige utilização de diversos serviços e profissionais. A coordenação, ao proporcionar seguimento adequado, diminui riscos de erros, previne complicação, melhora a segurança dos pacientes, a qualidade da atenção e reduz custos (GIOVANELLA, 2018).

Na central de regulação do município de Mombaça, foi encontrado um número considerável de fluxo de encaminhamentos oriundos da APS com destino a atenção especializada para consultas e exames especializados. No entanto, quando comparado ao número de consulta/médica da APS (período da coleta) identifica-se que o volume destes não seria o maior entrave, e sim o tempo inoportuno para o agendamento e as descrições das justificativas clínica e hipóteses diagnósticas. Isto leva a crer em três situações reais da APS: a primeira relacionada à boa cobertura das Equipes da Estratégia Saúde da Família pelo profissional médico, o que garante um bom desempenho no seu atributo de porta de entrada; a segunda diz respeito ao serviço especializado da Policlínica Regional, que oferta diversas especialidades e diferentes tipos de procedimentos de média complexidade, gerando uma agenda mensal de oferta; e uma terceira que, mesmo havendo esta oferta, ainda há entraves no encaminhamento com relação ao tempo de agendamento devido a informações aquém nas referências.

Diante dos dados observados, faz-se premente a investigação/avaliação da qualidade destes encaminhamentos para verificação de possíveis inconsistências que levem a demora no fluxo de regulação.

A avaliação em serviços de saúde é, ou deve vir a ser, um procedimento habitual e cotidiano na gestão, cujos elementos devem ser articulados com as ações técnicas e administrativas. Portanto, a avaliação é parte integrante e necessária do planejamento e indispensável no processo de tomada de decisões (BOSI; MERCADO, 2007).

Diante disso, um estudo apresentado por Vieira, Lima e Gazzinelli (2015), que avaliaram o tempo médio de espera pela primeira consulta com médico especialista por especialidades, identificaram que pacientes cujos formulários de encaminhamentos estavam com os campos destinados à justificativa clínica totalmente preenchidos apresentaram menos tempo de espera pela consulta (190 dias), quando comparados com aqueles cujos formulários estavam com a justificativa apenas parcialmente preenchida (319 dias). Este estudo afirma os dados encontrados na avaliação dos encaminhamentos da APS para a atenção especializada, uma vez que foi possível observar o tempo de espera para o agendamento com relação a justificativa clínica e também com a hipótese diagnóstica.

Já o clássico estudo de White demonstrou, que em uma população de 1000 pessoas com mais de 15 anos, no período de um mês, 750 terão sintomas/problemas de saúde. A maioria dessas lidará com seus próprios problemas, mas 250 consultarão um médico. Destas, cinco serão encaminhadas a outro médico e nove, hospitalizadas. Passados 40 anos, o estudo foi repetido utilizando metodologia similar e incluindo crianças. As proporções se mantiveram idênticas (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2014). Estes dados não corroboram com a proporção de encaminhamentos avaliados no presente estudo, visto que o número foi bem aquém dos apresentados na central de regulação.

A tentativa de se garantir acesso à saúde as pessoas que necessitam passar pelos serviços de saúde públicos após à utilização dos serviços de atenção primária, ou seja, consultas e exames especializados, hospitalizações (dentre as quais o acesso a leitos de terapia intensiva) foi feito por meio da criação das centrais de regulação voltadas para as áreas ambulatorial e/ou hospitalar e enfocando prioritariamente as linhas de cuidado. No entanto, essa tentativa não conseguiu abarcar a diversidade das ações e serviços e foi insuficiente no controle da oferta de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (COSEMS-RJ, 2019).

Para Rebolho *et al.* (2019) uma das funções mais importantes da atenção primária é exercer o papel de filtro, ou *gatekeeper*, isto é, definir quais pacientes devem ser encaminhados para avaliações precisas ou continuadas na atenção especializada e quais podem ter toda a sua demanda naquele momento atendida na atenção primária, cabendo aos profissionais médicos dessas equipes definirem quais pacientes necessitam ou não de

encaminhamento para os serviços especializados, e só a partir deste encaminhamento o paciente acessará os demais níveis do sistema de saúde. Corroborando com esta citação e com a experiência de gestão em saúde percebe-se ainda a fragilidade na APS de filtrar estes encaminhamentos, proporcionando uma demanda reprimida sem grande necessidade.

Neste trabalho, o número de encaminhamentos apresentados com justificativa clínica preenchida foi de 73,7%. Isto pode refletir em um preparo maior dos médicos da APS no momento de referenciar o paciente, descrevendo mais informações sobre a clínica.

Atualmente o município possui quatorze médicos, sendo nove do Programa Mais Médico (PMM); isto pode sustentar o percentual apresentado, uma vez que sabemos que o médico do PMM está inserido na educação permanente em formação voltada para a saúde da família. Para Oliveira *et al.* (2017), a disponibilidade de profissionais de saúde com competências relevantes, em número suficiente alocados onde são necessários, motivados, envolvidos e apoiados é essencial para o gerenciamento e a prestação dos serviços de saúde.

Em relação ao tempo de espera para o agendamento do encaminhamento, a especialidade com maior número foi à otorrinolaringologia em maior tempo de espera (> de 150 dias). Em um estudo realizado por Vieira, Lima e Gazinelli (2015) mostra que a principal demanda para especialista levantada foi para otorrinolaringologista e corroboram a estimativa de que as doenças dos ouvidos, nariz e garganta estão entre os principais motivos de procura por atendimento na APS, o que reflete diretamente na demanda por serviços especializados.

Quando a análise foi realizada para exame especializado, o ecocardiograma apresentou a maior demanda dentro do maior tempo de espera (> 150 dias). Este exame tem a necessidade de um maior número de oferta na agenda mensal da policlínica, sendo o quantitativo aquém para o perfil assistencial do município; observando este procedimento, visualizamos o não surgimento da cardiologia nas especialidades médicas; supõe-se à existência de cardiologista na rede local e o agendamento descentralizado.

No geral, as ultrassonografias estiveram como maior demanda de solicitações, sendo a mamária a que mais ficou em um tempo de espera longo. Acredita-se que esta demanda vem aumentando por motivo de um maior número de mamografias ofertadas mensalmente a nível regional e geralmente solicitam ultrassonografia mamária para confirmação de diagnóstico.

Logo, resolver o problema do tempo de espera pela atenção especializada tem merecido a atenção de vários estudos e de políticas governamentais, que o consideram, de modo geral, um balanço entre a demanda por cuidados e a disponibilidade de serviços para atendê-la. Apesar de ser um problema complexo, numa análise geral a formação de longas

filas surge da incapacidade do sistema de saúde em garantir, aos cidadãos, os adequados cuidados de saúde em um tempo minimamente aceitável (VIEIRA; LIMA; GIAVANELLI, 2015). Diante da afirmativa dos autores e da prática na gestão em saúde, nota-se que o problema das filas de espera para consultas e exames especializados, é mais uma desorganização do sistema de saúde do que a quantidade aquém de especialistas e procedimentos.

Os tempos de espera não são exclusivamente um problema de oferta, uma vez que existem países com altos níveis de gastos, leitos ou médicos que têm longos tempos de espera. Os tempos de espera para tratamentos eletivos são uma das principais preocupações da política de saúde em vários países, no caso brasileiro é notável a carência na sistematização destes tempos e sua publicidade na maioria das capitais e estados do País. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) aponta a importância da sistematização desta informação e sua divulgação como principal estratégia para a resolução do problema e disparam para uma situação importante que é o acesso excessivo aos serviços médicos sem utilização de evidências sólidas, causando mais danos do que benefícios à população (PINTO *et al.*, 2017).

O profissional médico da APS para que seja capaz de exercer adequadamente sua função de *gate keeper* e responder adequadamente a 85 a 95% das demandas de saúde dos usuários, é necessário que ele tenha formação e conhecimento adequados para tal, caso contrário à organização do sistema de saúde se torna mais dispendiosa e descoordenada. Florianópolis é considerada a capital com a melhor rede de atenção primária à saúde do Brasil, pois, entre outros fatores, possui cobertura populacional de 100% pelas ESFs e possui 70% de médicos com formação em medicina de família e comunidade atuando na rede (REBOLHO *et al.*, 2019).

Duncan, Schimidt, Giugliani (2014) mostram que, de um total de 7.849 atendimentos realizados em um serviço de APS no Brasil, ao longo de um período de 15 dias, 9% resultaram em encaminhamentos para cuidados secundários e terciários. A análise dos dados, conforme o grupo de diagnósticos mostrou que, a proporção de encaminhamentos situa-se entre 22% para cada grupo de diagnóstico. O estudo mostrou que o maior percentual foi para os grupos de diagnósticos em oftalmologia e otorrinolaringologia, respectivamente: 22% e 21%. Estes dados vêm ao encontro com nosso estudo, uma vez que afirmam a especialidade em otorrinolaringologia como a maior demanda.

Um dos grandes problemas do SUS, reconhecido também pelo governo federal, é a estruturação insuficiente e heterogênea da rede de cuidados especializados, tornando-a um

gargalo na construção do sistema (TESSER; POLI NETO, 2017). Os exames de alto custo, por exemplo, tornam-se um ponto interessante para ser discutido em relação aos exames especializados, pois, em nosso estudo, as tomografias em geral, apresentam a maior quantidade de solicitações em menor tempo de espera para agendamento (até 30 dias), o que demonstra uma facilidade, tanto ao acesso da solicitação na APS, como também em sua realização na Policlínica Regional. Este exame, além do custo relativamente elevado tem a preocupação com a radiação, sendo importante a sua solicitação pela APS somente em casos extremamente necessário.

Diante disso, o preenchimento dos pedidos de exame faz parte do cerimonial quase obrigatório de uma consulta, pois estamos habituados a encarar os métodos e procedimentos que ano após ano, em número crescente, são oferecidos pelos laboratórios ou institutos de imagem como a garantia de um diagnóstico seguro e de uma conduta terapêutica bem-sucedida (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2014) Corroborando com os autores, podemos perceber a nível municipal, com os números de encaminhamentos e a agenda da Policlínica Regional que, quanto maior a oferta do exame especializado, maior é a demanda.

Na gestão da demanda são utilizados os protocolos gerenciais com a definição dos critérios de encaminhamentos e dos fluxos de acesso; os protocolos clínicos discutidos no âmbito local e regional com a participação de equipes multidisciplinares e a classificação de risco. Já na gestão da oferta, será necessária a utilização dos seguintes instrumentos de gestão: um sistema de regulação com tecnologia capaz de atender as necessidades da gestão; a Pactuação Programada Integrada (PPI)/ Programação Geral das Ações de Serviços de Saúde (PGASS); além de ser imperativa a participação nos espaços de gestão regional e do estado: CIR e CIB (COSEMS-RJ, 2019). Diante disso, percebe-se a fragilidade tanto na gestão da demanda como na gestão da oferta na nossa Região de Saúde, no sentido da deficiência de articulação entre os pontos da RAS, uma PPI desatualizada frente aos vazios assistenciais da região e a falta de protocolos e planos de cuidado.

No entanto, destaca-se a necessidade das equipes de atenção primária reconhecer as reais trajetórias assistenciais de seus usuários na busca por cuidados, para orientar a regulação. Ao mesmo tempo, melhorar a oferta para garantir acesso certamente é crucial. As trajetórias de tentativas dos usuários não resultam do desfrute de livres escolhas. Em geral, configuram-se em verdadeira peregrinação, em face à completa desorganização e falta de acesso à retaguarda diagnóstica e terapêutica. Os usuários muito se beneficiariam de um fluxo instituído, transparente, com garantia de acesso oportuno. No entanto, sem fortalecer as regiões de saúde, não há como promover essa integração (GIOVANELLA, 2018).

Quando avaliado à situação da trajetória destes encaminhamentos, observou-se que a Região de Saúde se apresenta de maneira forte. Este fortalecimento a nível regional vem aumentando desde a implantação da Policlínica Regional no estado, através de consórcio público entre estado e municípios. Diante disso, é extremamente relevante este equipamento de saúde a nível regional. Pois trouxe uma carteira de serviços especializados de fundamental importância para atender as necessidades da população deste território, como também uma resposta para a gestão diante de enormes filas de espera através de uma agenda mensal de oferta para cada município consorciado.

Portanto, os dados levantados demonstram que quase a totalidade dos encaminhamentos vai para a Policlínica Regional, o que fortalece a regionalização. Como os dados foram apenas dos encaminhamentos disparados pela APS, foram mínimos os encaminhamentos para o nível de atenção terciária, sabendo que vários outros chegam à central de regulação por especialistas ou hospital.

O tempo de espera com relação aos encaminhamentos sem preenchimento da hipótese diagnóstica no estudo foi mais longo nos três maiores períodos de espera, e em número maior que os encaminhamentos com preenchimento, fragilizando assim o acesso do usuário com relação ao fluxo e contra fluxo. Um encaminhamento sem descrição da hipótese diagnóstica, provavelmente, representa um entrave que leva a baixa resolutividade do problema de saúde deste usuário, tornando o sistema oneroso e sem confiança.

O preenchimento adequado do encaminhamento possibilita menos tempo de espera. É importante analisar esta situação, uma vez que as falhas no preenchimento do encaminhamento denotam desorganização do sistema. Há, assim, a necessidade de melhor orientar o profissional de saúde quanto ao preenchimento das guias, devido à sua importância, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto de referência e contra referência (VIEIRA; LIMA; GAZZINELLI, 2015).

Podemos analisar com relação aos dados apresentados sem o preenchimento da hipótese diagnóstica nos encaminhamentos: um fluxo desorganizado na central de regulação no sentido de tempo de espera, uma vez que responde uma das inquietações da problemática apresentada na justificativa deste estudo. A avaliação deste serviço de saúde vislumbra fragilidade na APS diante de um encaminhamento sem dados relevantes da situação clínica do paciente, uma vez que causará danos ao próprio paciente e ao sistema de saúde.

Por isso se faz necessário que o profissional médico da APS seja extremamente preparado e versátil. Duncan, Schimidt e Giugliani (2014) afirmam que enquanto o especialista, na maior parte das vezes, já recebe o paciente com o endereço certo, ao

generalista cabe encontrar a proverbial agulha no palheiro, isto é, diferenciar, em meio à avalanche das doenças benignas, os pacientes cujas necessidades podem e devem atender com eficiente simplicidade, e aqueles poucos, 5% quando muito, que requerem tratamento diferenciado.

De acordo com Vasconcelos *et al.* (2018), a efetividade é o grau em que determina intervenção ou tecnologia e traz benefícios aos usuários de uma população na APS; a efetividade se refere à atenção capaz de prevenir doenças ou controlar episódios agudos decorrentes de condições crônicas. Por sua vez, a resolutividade é a capacidade de solucionar problemas de saúde de indivíduos em situação de vulnerabilidade social e biológica, norteadas pelos seguintes atributos: a) acesso; b) longitudinalidade; c) integralidade e d) coordenação.

Foram elencados os vinte diagnósticos ou hipóteses diagnósticas de maior demanda nos encaminhamentos avaliados. A cefaleia apresentou maior número de solicitação, o que nos leva a crer que estes encaminhamentos estão correlacionados com o alto número de tomografias de cabeça e pescoço, como também a demanda para o neurologista. Das vinte patologias elencadas, sete são ligadas ao ouvido, nariz e garganta, uma vez que a especialidade com maior demanda e longo tempo de espera para os agendamentos foi para o otorrinolaringologista.

As infecções de ouvido, nariz e garganta fazem parte da Lista Brasileira das Condições Sensíveis à Atenção Primária, representadas pelos Códigos Internacionais da Doença (CID – 10): H66, J00-J05, J06 e J51 (OMS, 2008). Afirmam ainda que tais condições são definidas como agravos, e que as internações seriam diminuídas, ou mesmo extinguidas se a população de determinado território tivesse acesso a uma APS de qualidade. As internações por causas sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) têm sido cada vez mais utilizados como instrumentos de avaliação de todo sistema de serviços de saúde e ferramenta para gestão do cuidado na APS (MORAIS; SILVA, 2018). Portanto, mais uma vez, observamos a necessidade de fortalecimento da APS frente aos seus encaminhamentos para os demais pontos de atenção à saúde, porém entendemos também a tamanha responsabilidade trazida aos médicos da APS em compreender todos os aspectos que envolvem o paciente e assim, na maioria dos casos, optam em demandar referências como padrão mais seguro.

A estreita convivência entre as afecções de menor porte, benignas, fugazes e autolimitadas e aquela pequena minoria de pacientes que deve ser identificada em tempo de tomar as medidas precisas, constitui o maior gargalo e, ao mesmo tempo, um desafio. A atenção não poderá ser relaxada, e a sensação de monotonia deve ser a todo custo combatida, em face da possibilidade de uma “banal” cefaleia na verdade indicar um processo expansivo

intracraniano, de uma “trivial” dor lombar ter sua origem não na coluna, mas em outra parte (no começo eles podem se assemelhar; só o tempo os diferenciará) (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2014).

Corroborando com os autores destacamos que em algumas descrições das justificativas clínicas apresentadas conotam solicitações a pedido do usuário, distanciando assim do que deveria ser uma justificativa clínica: baseada na clínica levantada pelo profissional médico. E com isto, podemos entender um surgimento de demanda desnecessária no tocante a exames de alta complexidade solicitados na primeira escolha e sem hipótese diagnóstica, como é o caso da tomografia. Quando observamos as descrições com relação às doenças do ouvido e garganta, demonstrou-se mais uma vez no estudo a grande demanda para a especialidade otorrinolaringologia, uma vez que a maioria das justificativas clínicas descrevia apenas a hipótese diagnóstica e não a anamnese.

Os dados quantitativos revelaram informações valiosas sobre os principais entraves no preenchimento dos encaminhamentos. De posse destes resultados, a pesquisadora buscou esclarecer os resultados, apresentando-os aos demandantes e extraindo destes, suas impressões sobre a temática conduzidas através de três questões norteadoras.

A discussão nos grupos focais a cerca da importância da justificativa clínica nos encaminhamentos e seu tempo de agendamento, confirmam os dados quantitativos apresentados anteriormente, uma vez que as falas revelam explicações mais aprofundadas sobre a relevância de uma história clínica bem estruturada para os níveis de atenção a saúde.

Nas reflexões exploradas nos grupos, ficou claro o conhecimento dos profissionais a respeito da importância de um correto preenchimento de uma referência, principalmente pela entrada na central de regulação e depois ao chegar ao especialista. Foi relatado que a justificativa é escrita em linguagem médica (como se escrevem para outro colega médico ler), o que dificulta o trabalho na central de regulação, uma vez que, esta não possui um médico regulador. No entanto, houve o reconhecimento de alguns médicos de que, algumas vezes, não descrevem corretamente e dificultam a regulação e a compreensão do especialista. Estas reflexões reafirmaram os dados quantitativos em que foi possível verificar que, nos encaminhamentos com a justificativa clínica presente, houve uma redução significativa no tempo de espera para o agendamento da solicitação.

O mesmo raciocínio pode ser atribuído quando se pensa em especialidades médicas. Algumas falas expressam que há especialidades onde o tempo de espera é bem maior. Isto pode ser devido a menor oferta do especialista e foi visto também nos dados quantitativos apresentados.

O diagnóstico recorrente de que a atenção especializada se configura um gargalo do SUS pela insuficiência de oferta é equivocado, sendo que não é vazio assistencial o principal problema da atenção especializada no Brasil, mas o vazio cognitivo, ou seja, o desconhecimento de práticas que comprovam a possibilidade de um atendimento diferenciado aos que necessitam do especialista. Mesmo havendo carência na oferta de algumas especialidades, experiências demonstram que os “vazios” podem ser superados com nova forma de organização das relações entre APS e a Atenção Especializada sem aumentar, necessariamente a oferta de serviços (CRUZ, 2015).

Pereira e Machado (2016) fomentam que a despeito do exposto, predomina a compreensão de que o encaminhamento do usuário do SUS para atendimento em outro ponto de atenção (ou complexidade) da mesma estrutura depende de um efetivo sistema de referência e contra referência, que pode ser compreendido como um mecanismo articulado e eficaz de fluxo para encaminhamento bem-sucedido dos usuários entre os diferentes pontos de atenção.

Quando se questionou sobre as expectativas dos médicos em relação aos encaminhamentos gerados, abriu-se um leque de reflexões no tocante à deficiência da contra referência e resolutividade da atenção especializada como devolutiva para a APS. As falas refletem uma angústia de quase sempre não obterem uma resposta para dar continuidade ao tratamento do seu paciente dentro da unidade básica de saúde, relatando que o paciente só retorna na APS quando necessita de mais um encaminhamento para voltar ao especialista e isto explica as demandas expressivas na central de regulação, apresentadas pelo estudo quantitativo. Ocorre que, o retorno para a policlínica é agendado na central de regulação do município, dentro das vagas ofertadas, mas requer para cada retorno uma nova guia de encaminhamento, fazendo com que a população, na maioria das vezes, retorne ao médico da APS apenas para transcrição da referência, como foi expresso por meio das falas médicas.

No tocante a organização dos pontos de apoio, é importante salientar que esse sistema é parte constitutiva de um componente estruturante das redes, denominado “sistema logístico”. Sabe-se que o sistema logístico, ancorado na tecnologia da informação, garante uma organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e pessoas, permitindo um processo dinâmico de referência e contra referência ao longo dos pontos de atenção (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Os serviços de referência, na tentativa de controlar o fluxo desordenado de usuários, criam inúmeras barreiras de acesso. Estes serviços de referência também encontram frequentemente dificuldades para transferir o vínculo dos usuários de volta para a APS, ou

não existem mecanismos organizacionais para esta operação. Os usuários que procuram os serviços de urgência e emergência também enfrentam os mesmos percalços, chegando sem informação sobre seus planos de cuidados em serviços e territórios de origem e quando da alta, não há nenhuma garantia de que conseguirão se vincular novamente nos serviços do seu território de origem (COSEMS-RJ, 2019).

Desse modo, avaliar os serviços da APS tem sido um importante instrumento para perceber a qualidade dos mesmos. Segundo Vasconcelos *et al.* (2018) esta avaliação possibilita discussões sobre a capacidade resolutiva e sua efetividade, além de fornecer respostas sobre as políticas e os programas, para abrir espaço a reestruturações alinhadas às reais necessidades dos indivíduos e da coletividade.

Nas várias possibilidades reflexivas dentro dos grupos, surgiu a relevância da Educação Permanente em Saúde (EPS), focando o profissional e também a comunidade, por meio de metodologias que trabalhem o papel da APS, a necessidade do retorno do paciente na unidade após a consulta ou exame especializado e a questão de pedidos de consultas e exames sem necessidade. Para Moraes e Silva (2018), a educação permanente traz à tona a necessidade de atualização rotineira das práticas laborais em concordância com aportes teóricos e tecnológicos e insere-se em uma necessária construção de relações e processos, os quais são incorporados pelas equipes e começam a balizar as relações intra e extra setoriais. Corroborando os dados quantitativos do estudo, possivelmente existe uma carência nas ações de educação permanente em saúde intra e extra setoriais, uma vez que o volume de encaminhamentos da APS para a atenção especializada foi significativo.

Ainda no tocante a educação, o ensino em saúde foi destacado em algumas falas onde acreditam que quando há a presença do acadêmico de medicina nas instituições de saúde as contra referências surgem e com mais qualidade. A policlínica da região não possui vínculo com universidades.

Os profissionais médicos dos grupos se mostraram sensíveis a grande demanda que está na porta do especialista, dificultando a sua devolutiva; no entanto discutiram que se não acontecer um trabalho em conjunto da atenção especializada com a APS o propósito não acontece. Como foi falado “o paciente é nosso, é da atenção básica e vai continuar sendo, mas é preciso saber o que tá acontecendo com ele pra poder manusear”. Esta fala vem ao encontro da expressiva demanda de encaminhamentos da APS sem preenchimento da hipótese diagnóstica, onde o encaminhamento do especialista retorna, provavelmente, sem maiores informações, devido à necessidade de iniciar do zero sua investigação. As duas etapas do estudo corroboram a falta de integralidade entre os pontos de atenção e as tomadas de

decisões de ambas no manejo deste paciente, principalmente da APS, a cerca de saber se todas as tentativas foram esgotadas antes do encaminhamento ao especialista.

Isso é visto por Duncan, Schimidt e Giugliani (2014), quando afirmam que compreender a doença e a pessoa é uma tarefa desafiadora, que pode levar a um diagnóstico preciso e contextualizado, mas isso ainda é apenas um primeiro passo. O passo seguinte é negociar com o paciente as medidas apropriadas, tarefa esta que tem sido bastante negligenciada na prática clínica.

Uma grande parte dos pacientes que buscam atendimento na APS vem por problemas que não são estritamente clínicos. Nesse grupo estão as pessoas que vêm para cuidados rotineiros com a saúde, como consultas de puericultura e pré-natal, bem como para os chamados *check-ups*. Outros vêm por questões administrativas. Há quem venha por problemas eminentemente psicossociais. Existe ainda um grupo significativo de pessoas que vêm por necessidade de algum esclarecimento. Além disso, significativa parcela dos pacientes vem ao serviço de APS com problemas em um estágio muito inicial, de modo que fazer um diagnóstico de certeza é tarefa quase impossível, o que, entretanto, não impede o profissional de já iniciar medidas de manejo ou até mesmo de fazer intervenções curativas (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2014).

A questão diagnóstica é extremamente delicada, uma vez que encaminhar um paciente sem pelo menos uma hipótese diagnóstica, transparece um ato de negligência. Por outro lado, fechar um diagnóstico preciso não é tarefa fácil e estes dois lados podem ter levado a um grande número de encaminhamentos, apresentados nos dados quantitativos, sem esta informação.

Por isso, é irrealista e algumas vezes inadequado buscar em todas as consultas um diagnóstico médico definitivo, dar nome ao problema, para somente então iniciar o manejo. Independentemente de se ter chegado a um diagnóstico formal, ainda está muito longe de está resolvida a tarefa do profissional médico, haja vista que do diagnóstico e da prescrição à execução das medidas por parte dos pacientes vai um longo caminho. Um número muito relevante de exames nunca chega a ser realizado; outros tantos não têm resultados avaliados. Muitas prescrições nunca são cumpridas, ou são usadas muito erradamente. Modificações de hábitos de vida são necessárias em grande parte das doenças crônicas, mas raras vezes acontecem (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2014).

A terceira questão norteadora buscou reflexões sobre a temática com relação a uma melhor resolutividade na APS e regulação.

Partindo da premissa relatada nos grupos de que não há um diálogo efetivo entre a atenção primária e a especializada para o correto manejo do paciente e, com isso, os dois lados saem perdendo, podemos perceber a falta de integralidade dos dois pontos de atenção.

Para Tesser e Poli Neto (2017), os serviços especializados existentes no SUS comumente organizam-se em ambulatorios, onde especialistas recebem pacientes por meio de encaminhamentos ou referência, sem conhecer os profissionais que encaminharam e sem acesso aos prontuários com registros do cuidado previamente realizados. Quase sempre este trabalho é isolado da APS e os especialistas tendem a criar um vínculo assistencial solitário; há frequentemente retenção desnecessária de pacientes e geração de filas de espera para especialistas, dificultando o vínculo com a APS e a coordenação do cuidado. Afirmam também que o cuidado especializado é necessário para dar efetividade e consequência a APS e prover assistência especializada aos que dela necessitam, complementando-a, para que o sistema se aproxime uma integralidade desejada.

A falta de coordenação da atenção à saúde manifesta-se por meio de um conjunto de situações frequentes como: as barreiras de acesso aos serviços especializados, ambulatoriais e hospitalares, as filas de espera por serviços de saúde; a falta de comunicação entre a APS e os serviços especializados; a ineficiência na gestão dos recursos utilizados como exames complementares duplicados, referências desnecessárias, reinternações hospitalares, taxas médias de permanência nos hospitais elevadas e utilização inadequada dos serviços de urgência e emergência; ausência de um sentimento de continuidade assistencial pelas pessoas usuárias; e ausência de um ponto de atenção identificável e com responsabilização coordenadora na perspectiva das pessoas usuárias e de suas famílias (BRASIL, 2015a).

Para Giovanella (2018), há em estudos locais, identificação de estratégias que promovem a coordenação, com destaque para a ampliação da resolutividade da atenção básica. O objetivo é que se torne efetivamente serviço de procura regular, com ampliação do escopo de ações; arranjos de comunicação e da troca de informações entre os serviços; comunicação direta entre generalistas e especialistas; diálogo clínico e formação continuada com participação de profissional da atenção básica e da atenção especializada; prontuários eletrônicos compartilhados; Telessaúde como segunda opinião e elaboração de protocolos de referência com participação de profissionais da atenção básica e atenção especializada.

Outro aspecto interessante é a elaboração, pelo Ministério da Saúde, entre 2015 e 2016, de oito volumes de protocolos de encaminhamentos da atenção básica para a atenção especializada, contemplando onze especialidades São eles: Volume I: Endocrinologia e

Nefrologia, Volume II: Cardiologia, Volume III: Reumatologia e Ortopedia, Volume IV: Ginecologia, Volume V: Cirurgia Torácica e Pneumonia Adulta. Volume VI: Urologia, Volume VII: Proctologia e Volume VIII: Hematologia.

Estes têm como objetivo elaborar protocolos de encaminhamento para ações e serviços especializados localmente, como: identificar a especialidade/procedimento especializado; realizar diagnóstico de demanda nas listas de espera das especialidades clínicas previamente escolhidas; a história clínica e a categorização baseada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID); a avaliação da descrição subjetiva contida no encaminhamento; selecionar os motivos de encaminhamento mais frequentes para cada especialidade/procedimento; revisar evidências e protocolos científicos sobre o manejo clínico mais indicado em atenção básica; atentar para necessidade de esgotar todos os recursos disponíveis na atenção básica; identificar quais são as contribuições do serviço especializado; definir quais são os motivos que caracterizam maior risco/necessidade, para prioridade no acesso especializado (BRASIL, 2016a).

Ao indagar nos grupos sobre o conhecimento dos médicos com relação a estes protocolos do Ministério da Saúde, os mesmos não possuíam nenhuma informação acerca destes.

Ademias, as falas convergem na perspectiva de que só se deve encaminhar após esgotarem-se todas as alternativas dentro da APS. Com isso, diminuir-se-ia a fila de espera, a onerosidade do sistema e aumentaria a resolutividade do cuidado.

É perceptível a relevância de ajustes dos dois lados: enquanto a APS deve encaminhar somente o que não resolvido localmente, a atenção especializada deverá dar uma devolutiva da contra referência para continuidade do cuidado na APS, mantendo o cuidado centrado na pessoa.

Segundo o relatório do Conselho de Saúde do Canadá (HEALTH COUNCIL OF CANADA, 2010 *apud* STEWART *et al.*, 2017) concluiu-se que é complexo o processo de tomada de decisão dos médicos de família quanto a exames complementares. O cuidado centrado na pessoa tem alta prioridade no sistema de assistência à saúde do Canadá. Há um volume considerável de evidências canadenses e internacionais de que o cuidado centrado na pessoa traz vários benefícios para a satisfação da pessoa atendida.

Com a criação recente, da Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS), através do Decreto Nº 9.795, de 17 de maio de 2019 (BRASIL, 2019), a APS adquire status de Secretaria no âmbito do Ministério da Saúde, enfatizando-se assim sua relevância e prioridade no SUS e entre suas principais competências, está o cuidado centrado na família e

na pessoa, como também promover ações, em conjunto com a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, ações de integração da APS aos serviços de urgência e emergência, à atenção especializada e às ações de vigilância em saúde.

No estudo sobre Desfechos Centrados na Pessoa (STEWART *et al.*, 2017), o cuidado centrado na pessoa estava relacionado não apenas com a melhora dos desfechos de saúde como também com um menor número de exames complementares. Esse achado indica um potencial para a redução de custos. Para os autores a intenção ao relatar esses resultados é promover diálogo e a pesquisa futura sobre associação entre a atenção primária centrada na pessoa e os custos no contexto de atenção à saúde atual (STEWART *et al.*, 2017).

Estas reflexões com relação à resolutividade da APS explicam os números quantitativos do estudo, onde mais de um quarto dos encaminhamentos apresentados não disponham do preenchimento da justificativa clínica, e um percentual bem elevado (61,6%) não apresentaram a hipótese diagnóstica. Isto denota uma APS com baixa resolutividade na clínica do paciente, uma vez que não traz descrições essenciais para o fluxo e contra fluxo de um encaminhamento. Observando estes dados frente a reflexões de algumas falas, podemos perceber também que, em muitos encaminhamentos, há a questão apontada na justificativa clínica como “*a pedido*” (insistência do paciente na realização do exame ou encaminhamento ao especialista mesmo sem justificativa clínica real), fazendo com que estes encaminhamentos, raramente, tenham descrições clínicas e diagnósticas para sua realização, bem como elevando os custos em saúde. Estas reflexões afirmam os dados apresentados no quadro 2 deste estudo.

Como formas de esgotarem-se todas as possibilidades de resolutividade da APS, podemos concluir que o paciente vinculado a uma equipe de saúde, terá acesso à oferta de serviços, de acordo com suas necessidades. Na medida em que essas necessidades se tornam mais complexas, a equipe de referência deve organizar um plano de cuidados ou projeto terapêutico, buscando facilitar processos de coordenação intra-equipe, com o NASF e com equipamentos sociais do território. Quando as necessidades de saúde deste usuário ultrapassam os limites da APS, o mesmo deverá acessar outros níveis de atenção à saúde conforme suas necessidades. Estes processos precisam de qualificação e muitas vezes as equipes delegam aos próprios usuários que busquem os serviços e se responsabilizem pelos agendamentos necessários (COSEMS-RJ, 2019). Sabe-se que este processo é difícil de se concretizar. O usuário não pode ser incluído e excluído do sistema a cada vez que procura um serviço e/ou que é encaminhado para outro. Além disso, a longitudinalidade deve ser um atributo da rede de atenção e não apenas da APS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para além da organização dos serviços de saúde, à luz da integralidade, questionam-se os modelos existentes com suas práticas e capacidades, no tocante aos entraves que ocasionam na trajetória de nossos usuários na busca de resolução para seus problemas de saúde, dificultando a continuidade de uma assistência.

Vale salientar que foi expressivo o número de solicitações demandadas à Central de regulação, trazendo à tona diversos questionamentos sobre a efetividade da assistência em relação ao tempo exigido para o agendamento de consultas e exames especializados, principalmente em relação aos encaminhamentos para o otorrinolaringologista, especialidade que apresentou maior número de solicitações no período do estudo.

Foi verificado que o preenchimento correto do campo de justificativa clínica nos encaminhamentos levou a diminuição significativa do tempo de espera pelo agendamento.

Nos grupos focais realizados foi possível perceber as impressões dos demandantes sobre os aspectos que estes consideravam serem os maiores entraves para a resolutividade da APS, desde o preenchimento completo do encaminhamento até a falta de devolutiva do especialista. A discussão trouxe ao estudo uma grande relevância no sentido de conhecer as angústias enfrentadas pelos mesmos, uma vez que, quando se fala sobre demandas expressivas na atenção especializada é sempre questionado a cerca das referências da APS, culpando-os por superlotar os serviços de atenção secundária e terciária, fazendo-os perceber que há fragilidade e falta de integralidade entre todos os pontos de atenção à saúde.

O grupo focal também possibilitou uma grande vivência entre os médicos e a gestão, sendo possível sintetizar vários pontos importantes para que se estabeleça um melhoramento da resolutividade da APS e uma integralidade entre os pontos de atenção a saúde. Foi surpreendente a elevação das reflexões dentro dos grupos, partindo da importância de uma boa justificativa clínica, ao ensino dentro de um ponto especializado como uma policlínica. Também foi possível verificar mudança de opinião, reconhecimento sobre encaminhamentos com preenchimentos aquém do esperado e aquisição de novos conhecimentos, principalmente, sobre os protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada do Ministério da Saúde.

Por fim, as reflexões obtidas nos grupos levaram a síntese de informações que podem ser utilizadas para elencar ações que possam melhorar a resolutividade. Entre elas, podemos citar a criação de protocolos locais, de uma ficha de referência mais detalhada, resgatar a implantação do Telesaúde, criação de uma linha de comunicação direta entre APS,

atenção especializada e central de regulação e a realização de encontros periódicos para a discussão coletiva.

Com este trabalho pudemos evidenciar a articulação acerca dos dados avaliados dos encaminhamentos com o discurso dos profissionais médicos. Ambos se complementam. As duas partes se desdobram, às vezes, em continuidade, se reencontrando em certezas e fragilidades. Em outras situações, as reflexões dos médicos fazem contraponto aos achados nos encaminhamentos.

Pode-se visualizar uma relevante interação entre a gestão e os profissionais médicos da APS, onde foi possível, através do grupo focal, os demandantes interpretarem seus próprios encaminhamentos e refletirem sobre eles, trazendo ideias que serão aplicadas como transformadoras no cotidiano da prática de cada um, atuando como promotores de mudanças para melhoramento do fluxo destes encaminhamentos. É importante salutar que em nenhum momento, houve conflitos ou negação de respostas dos participantes, por estarem em um grupo com a gestora em saúde do município. Na verdade, o momento foi extraordinário para as duas partes.

Para a gestão trata-se, fundamentalmente, de um novo modelo a ser aplicado como tomada de decisão no âmbito da central de regulação e pontos da RAS. Portanto, foram denotados vários pontos essenciais para um fortalecimento da integralidade e gestão do cuidado. Enquanto gestora da saúde trago novos olhares para uma reorganização deste fluxo e contra fluxo no município.

Poder escutar as diversas reflexões dos profissionais, compreender suas angústias, apresentar dados significantes dos seus próprios encaminhamentos e também perceber a complexidade da temática, me encoraja a propor algumas intervenções para diminuir a fragilidade que existe entre referência e contra referência, respectivamente, APS e atenção especializada fomentando um tempo oportuno para os agendamentos:

- Encaminhar aos profissionais médicos os protocolos de encaminhamentos da atenção básica a atenção especializada do MS;
- Cadastrá-los no telessáude;
- Solicitar espaço de pauta na CIR para apresentação dos dados do estudo e intensificar junto aos secretários da região um fortalecimento da regionalização;
- Pedir espaço no Conselho Consultivo e Assembleia do Consórcio Regional (policlínica) para apresentação do estudo e sensibilizar os demais para um trabalho junto aos especialistas com relação à devolutiva para a APS;

- Criar uma nova ficha de encaminhamento com maior espaço para preenchimento da justificativa clínica, como também na parte da contra referência;
- Desenvolver um aplicativo que possa acompanhar o itinerário do usuário com encaminhamento;
- Promover grupos focais periodicamente para os médicos da APS;
- Implantar protocolos de fluxo na central de regulação;

As propostas supracitadas serão apresentadas ao Conselho Municipal de Saúde para sua apreciação para que possam constar em ata, institucionalizando o compromisso da gestão atual e de futuros gestores, como também no Plano Municipal de Saúde.

A avaliação dos encaminhamentos da APS para a atenção especializada trouxe relevantes achados de uma demanda dentro da central de regulação, pois muitos não deveriam estar ali, mas contemplados dentro das ações e serviços ofertados pela própria APS. A busca exagerada por exames de imagens pelo próprio usuário e a facilidade do acesso ao pedido, exposto tanto na avaliação dos encaminhamentos como nas reflexões dos profissionais médicos, preocupa no sentido de estarmos frente a uma demanda desnecessária, gerando insatisfação desse mesmo usuário em uma fila, elevando o custo do sistema a nível municipal e regional e, com isso, revelando uma resolutividade aquém do esperado dentro da atenção primária e ainda criando entraves para a gestão. Os desafios com relação à temática deste estudo se caracterizam de natureza complexa, no entanto foram elencados diversos pontos que ajudarão a gestão, através de um processo de governança e educação continuada, a aprimorar o fluxo e contra fluxo destes encaminhamentos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, B.; JENSEN, L. Telessaúde Brasil redes conectando o SUS. Revista Saúde da Família, ano XV, maio/dez. 2014. ed. 38/39. Brasília: Ministério da Saúde.
- ALVES, J. W. S.; CAVALCANTI, C. G. C. S.; ALVES, R. S. M.; COSTA, P. C. Interações por condições sensíveis à atenção primária no estado do Ceará 2010-2014. **Saúde Debate**, v. 42, n. especial 4, p. 223-235, dez. 2018. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/23/v.%2042%2C%20n.%20especial%204>. Acesso em: 12 jan. 2019.
- ARRUDA, C.; LOPES, S. G. R.; KOERICH, M. H. A. L.; WINCK, D. R.; MEIRELLES, B. H. S.; MELO, A. L. S. F. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 169-173, jan./mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0169.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2018.
- BACKES, D. S.; CALOMÉ, J. S.; ERDMANN, R. H.; LUNARDI, V. L. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **O Mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf. Acesso em: 04 out. 2018.
- BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Desafios da governança do SUS. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106.pdf>. Acesso em: 01 out. 2018.
- BARBOUR, R. Grupos focais. Marcelo Figueiredo Duarte (trad.). Porto Alegre: Artmed, 2009. 216 p.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BOSI, M. L. M.; MERCADO, M. F. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2007. 607 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015a. 127 p. Disponível em: <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2018.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015b. 15p. Disponível em: http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L10_REGULACAO-EM-SAUDE_jun2015.pdf. Acesso em: 02 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 04 ago. 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 01 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, seção 1, Brasília, DF, 22 de set. 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 02 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 841, de 02 de maio de 2012. Publica a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, seção 1, 03 maio 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0841_02_05_2012.html. Acesso em: 02 fev. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado a pessoa tabagista**. 1 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016c. 154 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 40).

_____. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Cardiologia**. Edição preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. 23 p. il. (Protocolos de Encaminhamentos da Atenção Básica para a Atenção Especializada, v. 2). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_cardiologia_v_II.pdf. Acesso em: 02 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Endocrinologia e Nefrologia**. 1ª ed revisada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. 26 p. il. (Protocolos de Encaminhamentos da Atenção Básica para a Atenção Especializada, v. 1). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolos_AB_vol1_Endocrinologia_Nefrologia.pdf. Acesso em: 02 jun. 2018.

_____. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. **Diário Oficial da União**, seção 1, página 2, 20 maio 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm. Acesso em: 26 ago. 2019.

CARDOSO, R. V. Prevenção quaternária: um olhar sobre a medicalização na prática dos médicos de família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 35, 2015. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/viewFile/1117/704>. Acesso em: 01 nov. 2018.

CONIL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2783-2794, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/17>. Acesso em: 01 jul. 2018.

CEARÁ. Coordenadorias Regionais de Saúde. 2018. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2018/07/03/coordenadorias-regionais/>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CONSELHO DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO (COSEMS-RJ). **Manual do(a) gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”**. 2 ed. Rio de Janeiro: COSEMS-RJ, 2019. 424 p.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*, v. 39, n. 105, p. 514-524, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00514.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2 ed. Tradução de Magda França Lopes. Porto Alegre, RS: Penso, 2013.

CRUZ, A. **Inovação da atenção especializada no Brasil**. 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/inovacao-na-atencao-especializada-brasil/>. Acesso em: 27 set. 2019.

DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 6ª ed. 2ª reimpr. São Paulo: Atlas, 2018.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n8/e00029818/pt>. Acesso em: 09 set. 2019.

GOMES, T. L. C. S.; HIGA, E. F. R.; PASSOS, A. H. R.; SOARES, M. O. M.; OTANI, M. A. P.; SOUTO, B. G. A. A visão de estudantes de medicina e enfermagem. **Rev. Psi Divers Saúde**, v.7, n. 1, p. 81-88, mar. 2018. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1898/1678>. Acesso em: 15 ago. 2018.

GONÇALVES, M. R.; UMPIERRE, R. N.; D’ÁVILA, O. P.; HEINZELMANN, R.; TREVISAN, L.; HARZHEIM, E. **Desafios da atenção primária à saúde no Brasil**. Porto Alegre: UFRGS, 2017. 85p. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/producao_cientifica/DESAFIOS%20DA%20A

TEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20%C3%80%20SA%C3%9ADE.pdf.
Acesso em: 15 ago. 2018.

GROSS, D.M.P.; CAMACHO, A. C. L.F.; LAGE, L.R.; DAHER, D.V.; MOTA, C. P. Prevenção quaternária na gestão da atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line*, v. 10, n. supl. 4, p. 3608 -19, set. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11136/12633>. Acesso em: 10 out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE divulga as estimativas da população dos municípios para 2019**. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/25278-ibge-divulga-as-estimativas-da-populacao-dos-municipios-para-2019>. Acesso em: 29 nov. 2019.

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual instrutivo – anexo ficha de qualificação dos indicadores**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf. Acesso em: 25 maio 2019.

LAPÃO, L. V.; ARCÊNCIO, R. A.; POPOLIN, M. P.; RODRIGUES, L. B. B. Atenção primária saúde na coordenação das redes de atenção à saúde no Rio de Janeiro, Brasil e Região da Lisboa, Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 713-723, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/1413-8123-csc-22-03-0713.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2018.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais à saúde no Brasil. *Saúde soc.*, v. 20, n. 4, p. 867-874, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

LIMA, S. A. V.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. M. F.; CESSÉ, E. A. P.; BRITO, E. S. V.; BRAGA, J. P. R. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 635-656, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-americana da Saúde. 2011. 549 p. il. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965. Acesso em: 10 jun. 2018.

MORAIS, S. S. F.; SILVA, M. G. C. **Temas de economia da saúde IV: Contribuição para a gestão do SUS**. Fortaleza, CE: EdUECE, 2018. 420 p. il.

NAVARRETE, M. L. V.; LORENZO, I. V. Redes integradas de servicios de salud: ¿Solución o problema? [Editorial]. **Ciencias de la Salud**, v. 4, n. 1, p. 5-9, enero/jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v4n1/v4n1a1.pdf>. Acesso em: 2 de fevereiro de 2019.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 35, 2015. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1011/690>. Acesso em: 18 out. 2018.

OLIVEIRA, A. P. C.; GABRIEL, M.; DAL POZ, M. R.; DUSSAULT, G. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1165.pdf>. Acesso em: 29 set. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados a saúde**. 7 ed. São Paulo: Edusp, 2008.

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n3/0103-7331-physis-26-03-01033.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2019.

PINTO, L. F.; SORANZ, D.; SCARDUA, M. T.; SILVA, I. M. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1257.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2019.

PRATES, L. A.; CECCON, F. G.; ALVES, C. N.; WILHELM, L.A.; DEMORI, C. C.; SILVA, S.C.; RESSEL, L.B. A utilização da técnica de grupo focal: um estudo com mulheres quilombolas. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 12, p. 2483-2492, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n12/0102-311X-csp-31-12-2483.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2018.

PROTASIO, A. P. L.; SILVA, P. B.; LIMA, E. C.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S.; VALENÇA, A. M. G. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do Estado da Paraíba segundo profissionais da atenção básica no contexto do 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ – AB. **Saúde Debate**, v. 38, n. especial, p. 209-220, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0209.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2018.

REBOLHO, R. C.; POLI NETO, P.; PEDEBÔS, L. A.; GARCIA, L. P.; VIDOR, A. C. Médicos de família encaminham menos? Impacto da formação em MFC no percentual de encaminhamentos da Atenção Primária. **Cien Saude Colet**, 2019?. No prelo. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/medicos-de-familia-encaminham-menos-impacto-da-formacao-em-mfc-no-percentual-de-encaminhamentos-da-atencao-primaria/17288>. Acesso em: 08 maio 2019.

SANCHO, L. G.; GEREMIA, D. S.; DAIN, S.; GEREMIA, F.; LEÃO, C. J. S. O processo de regionalização da saúde sob a ótica da teoria dos custos de transação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1121-1130, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1121.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

SANTOS, N. A.; LIMA, D. R.; GONTIJO, M. K. B.; MARTINS, M. A.; LEITE, G. R.; SILVA, L. A.; MAIA, L. G. Avaliação dos atributos da atenção primária por profissionais da saúde. **Rev. APS**, v. 20, n. 3, p. 330-348, 2017. Disponível em: <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/15964/8285>. Acesso em: 03 jun. 2018.

SHIMIZU, H. E.; CRUZ, M. S.; BRETAS JÚNIOR, N.; SCHIERHOLT, W. M. R.; RAMOS, M. C.; MESQUITA, M. S.; SILVA, E. N. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1131-1140, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1131.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

SILVA, C. R.; CARVALHO, B. G.; CORDONI JÚNIOR, L.; FÁTIMA, E.; NUNES, P. A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1109.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002. 726 p.

STEWART, M.; BROWN, J. B.; WESTON, W. W.; MCWHINNEY, I. R.; MCWILLIAM, C. L.; FREEMAN, T. R. **Medicina Centrada na Pessoa: transformando o método clínico**. 3 ed. Anelise Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa (trad). Porto Alegre: Artmed, 2017.

TASCA, R.; MASSUDA, A.; CARVALHO, M. W.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Atenção primária forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. *In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?*. Brasília, DF: Organização Pan-americana de Saúde. 2018. p. 104-116. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/sus-30-anos/04.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

TELESSAÚDE INFORMA. **Entenda a prevenção quaternária no contexto da atenção básica**. Boletim informativo do núcleo de telessaúde SC. Edição 37, dez. 2015. p.10-15. Disponível em: https://telessaude.ufsc.br/principal/wp-content/uploads/2017/01/Dezembro_2015.pdf. Acesso em: 02 jul. 2018.

TESSER, C. D. POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar o vazio. **Ciê. Saúde Colet.**, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n3/941-951/pt>. Acesso em: 16 set. 2019.

TESSER, C. D. Prevenção quaternária para a humanização de atenção primária à saúde. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 416-426, 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/prevencao_quaternaria_humanizacao_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 02 jul. 2018.

VASCONCELOS, M. I. O.; XAVIER, A. L. C.; NASCIMENTO, M. N.; CAVALCANTE, Y. A.; ROCHA, S. P.; GOMES, J. S. Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. **Sanare**, v. 17, n. 1, p. 65-73, jan./jun. 2018. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1224/655>. Acesso em: 20 maio 2019.

VIEIRA, E. W. R.; LIMA, T. M. N.; GAZZINELLI, A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. **REME Rev Min Enferm**, v. 19, n. 1, p. 65-71, jan./mar. 2015. Disponível em: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:EboTr_R9ALcJ:www.reme.org.br/exportar-pdf/986/v19n1a06.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 01 jul. 2018.



APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por Antonia Norma Teclane Marques, a participar da pesquisa intitulada: **“Avaliação dos Encaminhamentos da Atenção Primária para a Atenção Especializada na Central de Regulação”**. *Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.* O estudo terá duas etapas, sendo que na segunda etapa os participantes serão os médicos da Atenção Primária a Saúde que exercem suas atribuições nas 14 (quatorze) equipes da saúde da família no município de Mombuca-Ce e são os profissionais responsáveis pelos encaminhamentos clínicos para qualquer especialidade e para todos os níveis de atenção a saúde. O objetivo do estudo é avaliar os encaminhamentos da Atenção Primária para a Atenção Especializada na central de regulação no Município de Mombuca-Ce, possibilitando reflexões com profissionais médicos da atenção primária através de grupo focal.

Informamos que, caso aceite a colaborar, pediremos que responda e discuta três perguntas-chaves que estarão no roteiro que será aplicado pela pesquisadora em uma entrevista grupal, utilizando a técnica de grupo focal. Participarão do grupo focal apenas a pesquisadora e os participantes.

Serão realizados dois grupos focais com a aplicação do mesmo roteiro; a intenção de realizar dois grupos é devido à quantidade de participantes do estudo, uma vez que o número total de participantes (14) no mesmo grupo focal poderia trazer dificuldades na aplicação e coleta das informações. Serão divididos da seguinte maneira: oito participantes no primeiro grupo (quantidade de profissionais médicos das equipes da saúde da família da sede do município) e o segundo grupo serão seis participantes (quantidade de médicos das equipes da saúde da família da zona rural do município). Cada grupo focal terá de uma a duas horas de duração e os participantes terão uma média de dez minutos de participação e as falas serão gravadas em gravador de voz digital. As perguntas serão feitas pela pesquisadora que fará anotações, em um bloco de notas, das respostas e discussões dos participantes. No roteiro do grupo focal terá as seguintes questões norteadoras: 1) Como você avalia a importância da

justificativa clínica nos encaminhamentos da Atenção Primária para a atenção especializada com relação ao tempo de agendamento? 2) O que você avalia e espera frente a um encaminhamento da Atenção Primária para a Atenção Especializada? 3) Que reflexões sobre esta temática são importantes para melhorar a resolutividade na Atenção Primária e na central de regulação? No final do roteiro a pesquisadora apresentará os dados da primeira etapa do estudo (quantitativa) sobre os encaminhamentos da APS para a atenção especializada e abrirá para discussão do grupo.

Para participar deste grupo focal o profissional médico será convidado pessoalmente pela pesquisadora em sua unidade de trabalho e o desconforto e risco serão mínimos, visto que a pesquisa será realizada na sala do Conselho Municipal de Saúde localizada na Secretaria de Saúde de Mombaça-CE, sendo uma sala com privacidade e conforto. Com relação a sua liberação das atividades na Estratégia Saúde da Família no horário do grupo focal, será solicitada pela pesquisadora através de ofício à secretária municipal de saúde; visto que a pesquisa terá relevância para o município. O grupo focal será gravado; isto pode acarretar risco de você se sentir incomodado, no entanto lhe será garantido total anonimato, pois a pesquisadora em suas anotações não identificará nenhuma fala de qualquer participante pelo nome do mesmo; serão identificadas pela letra “M” seguida de um numeral romano, conforme a sequência das falas. Será feito todo o esforço possível para que nada aconteça sendo desagradável ou constrangedor para o participante. Caso você sentir algum desconforto durante o grupo focal ou se mudar de ideia por outros motivos, fique a vontade para não participar do grupo.

Destacamos ainda, que: 1º) Você tem direito de não participar desta pesquisa, se assim desejar, sendo que a qualquer momento poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo para o seu trabalho como médico no município; 2º) a qualquer momento poderá pedir outros esclarecimentos ou informações sobre o estudo; 3º) lhe é dada a garantia de que as informações conseguidas através de sua colaboração não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo; 4º) não será feito nenhum pagamento por participar da pesquisa; 5º) lhe é garantido direito de buscar indenização por danos eventuais;

Sua participação é muito importante, pois esta pesquisa ajudará aos profissionais e gestores da saúde a conhecerem melhor o fluxo de um encaminhamento e seu tempo de espera na central de regulação, desenvolverem e planejarem estratégias para ampliar a resolutividade na Atenção Primária.

Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Coordenação da Pesquisa: Renata de Sousa Alves (Professora Orientadora), Antonia Norma Teclane Marques (Mestranda do Mestrado Profissional em Saúde da Família).

Instituição: Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Alexandre Baraúna 1115, Rodolfo Teófilo. CEP: 60430-160 Fortaleza - Ceará

Telefones para contato: (85) 3366 – 8449 ou 3366 – 8457

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 – Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8346/44. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____,

RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participantes da pesquisa intitulada **“Avaliação dos Encaminhamentos da Atenção Primária para a Atenção Especializada na Central de Regulação: Possibilidades de reflexões através de Grupo Focal”**.

Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada e rubricada pelo pesquisador desse termo como também assinei e rubriquei a via que ficou com o pesquisador.

Fortaleza, ____/____/____.

Assinatura do participante da pesquisa

Data: ____/____/____.

Assinatura da testemunha

Data: ____/____/____.

Assinatura do pesquisador

Data:

____/____/____.

Assinatura de quem obteve o consentimento

Data: ___/___/_____



**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE LEVANTAMENTO DE DADOS DOS
ENCAMINHAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA A ATENÇÃO
ESPECIALIZADA NA CENTRAL DE REGULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE
MOMBAÇA-CE**

Código numérico: _____

A) A unidade básica de saúde que solicitou o encaminhamento:

B) O encaminhamento tem preenchimento da justificativa clínica?

() sim

() não

Caso a resposta seja afirmativa, descrever a justificativa clínica:

C) O tipo de especialidade médica solicitada no encaminhamento:

D) A especialidade médica solicitada é de nível regional? Pesquisar no sistema regulador UNISUS WEB

() sim

() não

E) O encaminhamento descreve a doença ou uma hipótese diagnóstica?

() sim

() não

Caso a resposta seja afirmativa, descrever a doença ou hipótese diagnóstica:

A data da solicitação do encaminhamento: _____

APÊNDICE C – ROTEIRO GRUPO FOCAL

Funções:

Mediar, observar, gravar e anotar.

Data da realização do grupo focal I:

Data da realização do grupo focal II:

Objetivo

- Realizar grupos focais com os profissionais médicos da APS disparando discussões e reflexões sobre a importância das informações clínicas nas justificativas dos encaminhamentos da APS para a atenção especializada como aumento da resolutividade na atenção primária e na central de regulação.

Temas: Encaminhamentos da APS para a Atenção Especializada; justificativa clínica, resolutividade, tempo de espera dos encaminhamentos na central de regulação.

Grupo Focal I: Será composta pelos oito médicos da APS das equipes da sede do município;

Grupo Focal II: Será composta pelos seis médicos das equipes da zona rural do município;

Para os dois encontros serão seguidos o mesmo roteiro do grupo focal, uma vez que os participantes são sujeitos de uma mesma categoria profissional e responderão as mesmas questões chave.

Grupo Focal I e II

Questão-chave 1 – Como você avalia a importância da justificativa clínica nos encaminhamentos da APS para a atenção especializada com relação ao tempo de espera para um agendamento?

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação dos Encaminhamentos da Atenção Primária para a Atenção Especializada na Central de Regulação: Possibilidades de Reflexões através de Grupo Focal

Pesquisador: ANTONIA NORMA TECLANE MARQUES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09528919.0.0000.5054

Instituição Proponente: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.286.920

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de métodos mistos, a ser realizado no município de Mombaça-CE. A pesquisa terá duas etapas. 1. Etapa quantitativa, composta pela totalidade dos encaminhamentos existentes na central de regulação que foram encaminhados da Atenção Primária em Saúde (APS) para a atenção especializada. 2. Etapa qualitativa, em que os participantes serão todos os médicos da APS cadastrados nas equipes de saúde família do município, totalizando 14 profissionais distribuídos um em cada equipe.

Na primeira etapa do estudo os dados serão coletados de abril a maio de 2019 na central de regulação do município de Mombaça-CE, utilizando-se instrumento elaborado pela pesquisadora. A segunda etapa será realizada de maio a junho de 2019, utilizando-se a técnica de grupo focal, cujos dados serão coletados por meio de um roteiro elaborado pela pesquisadora, com as questões norteadoras: 1) Como você avalia a importância da justificativa clínica nos encaminhamentos da APS para a atenção especializada com relação ao tempo de espera para agendamento? 2) O que você avalia e espera frente a um encaminhamento da APS para a atenção especializada? 3) Que reflexões sobre esta temática são importantes para melhorar a resolutividade na APS e na central de regulação? No final do roteiro a pesquisadora apresentará aos participantes os dados da primeira etapa (quantitativa) para discussão e reflexão. A moderadora

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.286.920

do grupo focal, que será a pesquisadora, fará as anotações necessárias em bloco de notas. Os 14 médicos serão divididos em dois grupos focais, para melhor desenvoltura da técnica: um de 8 participantes (médicos das equipes da zona urbana) e outro com 6 participantes (médicos das equipes da zona rural). Cada grupo focal terá um encontro, totalizando dois no final desta etapa. Os encontros acontecerão na sala do Conselho Municipal de Saúde na sede da Secretaria Municipal de Saúde. Cada encontro terá duração de uma a duas horas e cada participante falará em torno de 10 minutos. As discussões dos grupos serão gravadas. Para identificar a fala dos participantes a pesquisadora usará a letra "M" (primeira letra da palavra médicos) seguida de um número romano sequencial. Após cada encontro, a pesquisadora registrará as discussões, ouvindo as gravações e transcrevendo-as, fazendo paralelo com as anotações escritas, resumindo as informações, as suas impressões e implicações das informações para o estudo. Ressalta-se que na segunda etapa (qualitativa), os critérios de exclusão de participantes serão: estar de férias, atestado, licença saúde ou se negarem a participar. Os dados da primeira etapa do estudo serão tabulados em planilha no Microsoft Excel e exportados para o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20,0 para análise estatística. O tempo de espera será definido como o período de tempo compreendido entre a data da solicitação e a data da coleta de dados. Na análise do tempo serão considerados todos os encaminhamentos solicitados da APS para a atenção especializada. Os dados serão expressos em forma de frequência absoluta e percentual e analisados por meio dos testes exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. Será realizada comparação entre o tempo médio de espera e o preenchimento da justificativa clínica no impresso do encaminhamento. Também será comparado o tempo médio de espera com relação à especialidade solicitada, além da doença ou hipótese diagnóstica descritas nos encaminhamentos. Os dados analisados nesta primeira etapa serão utilizados na segunda etapa do estudo (qualitativa), como questões norteadoras para discussão e reflexão em grupo focal.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar os encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada na central de regulação do Município de Mombaça-CE, possibilitando reflexões com profissionais médicos da atenção primária através de grupo focal.

Objetivos Secundários:

- Registrar o tempo de espera dos encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada na central de regulação;
- Identificar a justificativa clínica nos encaminhamentos da atenção primária para a atenção

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.286.920

especializada na central de regulação;

- Levantar as especialidades médicas dos encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada na central de regulação;
- Realizar grupo focal com os profissionais médicos da atenção primária, possibilitando reflexões frente aos encaminhamentos da atenção primária para a atenção especializada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Para a pesquisadora, em relação ao grupo focal, o desconforto e risco serão mínimos, pois será realizado em sala com privacidade e conforto, e os profissionais terão liberação formal das atividades da Estratégia Saúde da Família, no horário do grupo. Também pode haver incômodo pela gravação do grupo focal, mas será garantido total anonimato, havendo todo o esforço possível para que nada de desagradável ou constrangedor aconteça ao participante.

Benefícios: Para a autora, a pesquisa ajudará profissionais e gestores de saúde a conhecerem o fluxo de encaminhamento e seu tempo de espera na central de regulação, desenvolverem e planejarem estratégias para ampliar a resolutividade na Atenção Primária, e com isso uma maior integralidade dos pontos de atenção à saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo pertinente, considerando-se a importância da central de regulação no atendimento especializado em saúde para a população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000	CEP: 60.430-275
Bairro: Rodolfo Teófilo	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344	E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 3.286.920

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1289334.pdf	17/04/2019 21:31:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	17/04/2019 21:27:11	ANTONIA NORMA TECLANE MARQUES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaofieldepositario.pdf	17/04/2019 21:08:16	ANTONIA NORMA TECLANE MARQUES	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	17/04/2019 21:06:55	ANTONIA NORMA TECLANE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	14/04/2019 23:01:15	ANTONIA NORMA TECLANE MARQUES	Aceito
Outros	curriculo.pdf	14/04/2019 22:55:03	ANTONIA NORMA TECLANE	Aceito
Outros	termodecompromisso.pdf	20/02/2019 13:07:41	ANTONIA NORMA TECLANE	Aceito
Outros	carta.pdf	20/02/2019 13:06:15	ANTONIA NORMA TECLANE	Aceito
Orçamento	declaracaodeorcamento.pdf	20/02/2019 13:05:48	ANTONIA NORMA TECLANE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodeconcordancia.pdf	20/02/2019 13:05:12	ANTONIA NORMA TECLANE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	fieldepositario.pdf	20/02/2019 12:35:15	ANTONIA NORMA TECLANE MARQUES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/02/2019 12:33:54	ANTONIA NORMA TECLANE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 26 de Abril de 2019

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **E-mail:** comepe@ufc.br

ANEXO B –