



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

SANDY GUEDES PEREIRA

**ACESSO AOS LEITOS HOSPITALARES DA REDE PERNAMBUCO/BAHIA
ENTRE OS ANOS DE 2014 E 2018.**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2021**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
CURSO DE BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

SANDY GUEDES PEREIRA

**ACESSO AOS LEITOS HOSPITALARES DA REDE PERNAMBUCO/BAHIA
ENTRE OS ANOS DE 2014 E 2018.**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Saúde Coletiva.

Orientador: Profº. Dr Ronald Pereira Cavalcanti

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2021**

Catalogação na Fonte
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Ana Ligia F. dos Santos, CRB4/2005

P436a Pereira, Sandy Guedes.

Acesso aos leitos hospitalares da Rede Pernambuco/ Bahia entre os anos de 2014 e 2018 / Sandy Guedes Pereira- Vitória de Santo Antão, 2021.

70 folhas; il.: color.

Orientador: Ronald Pereira Cavalcanti.

TCC (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2021.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Regionalização. 2. Hospitalização. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. I. Cavalcanti, Ronald Pereira (Orientador). II. Título.

SANDY GUEDES PEREIRA

**ACESSO AOS LEITOS HOSPITALARES DA REDE PERNAMBUCO/BAHIA
ENTRE OS ANOS DE 2014 E 2018.**

TCC apresentado ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 30/04/2021.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Ronald Pereira Cavalcanti (Orientador)
Centro Acadêmico de Vitória
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. Lívia Teixeira de Souza Maia (Examinador Interno)
Centro Acadêmico de Vitória
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. Adriana Falangola Benjamim Bezerra (Examinador Interno)
Centro de Ciências da Saúde
Universidade Estadual de Campinas

Dedico esse trabalho ao meu pai José Antônio (in memorian) que me fez de seu propósito e sua existência deu força ao meu ser para luta e para vida e sua lembrança me inspira a persistir o qual juntamente a minha mãe Neuracy Guedes, são os meus pilares e principais responsáveis por essa conquista.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais que são a base e os responsáveis pela minha construção ética, moral e contribuíram para minha educação e ânsia de correr atrás dos meus objetivos das quais todas minhas conquistas são pertencentes a vocês e demais familiares que se fizeram presentes ao longo desse processo.

Aos meus amigos e meu parceiro que me apoiaram, incentivaram, acreditaram em mim nos momentos que eu não o conseguia fazer, me reergueram e evidenciaram a força dentro de mim.

Ao meu professor orientador Ronald Pereira Cavalcanti, por toda paciência nesse processo, confiança em mim e dedicação no exercício de sua profissão, agregando conhecimento prático e teórico que foram fundamentais para essa conquista.

Aos demais docentes do curso de Bacharelado em Saúde Coletiva, que com seu espírito de luta, determinação, coragem para a qualificação e construção de uma saúde que abranja a todos de forma gratuita e equânime fortalecem o SUS. Gratidão por se fazerem presentes nessa caminhada, por serem inspiração nessa luta e despertarem em mim a paixão para juntos garantirmos um sistema de todos e para todos.

Por fim, aos meus colegas de curso e graduação, que a partir do esforço coletivo e da perspectiva de construção e compartilhamento das experiências colaboraram para meu crescimento acadêmico e desejo de conhecimento, em que juntos passamos por diversos momentos de conflitos e dificuldades superando-os com a certeza de que podemos exercer nossa melhor versão.

RESUMO

A Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, conhecida como Rede PEBA (sigla dos estados de Pernambuco e Bahia) é composta por dezenas de municípios pertencentes aos dois estados, com uma população de mais de 1 milhão de habitantes. O principal mecanismo de regulação da rede é a Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) que regula 100% dos leitos hospitalares. O presente estudo tem o objetivo de analisar o acesso aos leitos de internamento da Rede PEBA entre o período de 2014 a 2018. Para configuração dessa análise a abordagem metodológica utilizada foi o tipo de estudo descritivo, transversal e quantitativo. Foram utilizados dados secundários extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos (leitos) e Central Interestadual de Regulação de Leitos (solicitações de internamentos hospitalares). Os dados foram analisados através de frequências absolutas, médias aritméticas e percentual. Os resultados demonstraram tendência de crescimento da oferta de leitos de internação hospitalar para os municípios do estado de Pernambuco e redução para os da Bahia. Em toda a Rede ocorreu um aumento nas solicitações para internações hospitalares não acompanhadas de aumento proporcional de oferta. O aumento de fila de espera e cancelamentos de solicitações, bem como a tímida expansão de leitos, sebretudo em algumas especialidades sinalizam as prioridades de gestão desta rede interestadual.

Palavras-chave: Regionalização. Hospitalização. Listas de Espera. Acesso aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The Interstate Health Care Network of the Middle São Francisco Valley, known as the PEBA Network (acronym for the states of Pernambuco and Bahia) is composed of dozens of municipalities belonging to both states, with a population of more than 1 million inhabitants. The main mechanism for regulating the network is the Interstate Bed Regulation Center (CRIL), which regulates 100% of hospital beds. The present study aims to analyze access to the PEBA network hospitalization beds between the period 2014 to 2018. To configure this methodological approach analysis, the type of descriptive, cross-sectional and quantitative study was used. Secondary data extracted from the National Registry of Establishments (beds) and the Interstate Bed Regulation Center (complications of hospital admissions) were used. The data were visible for absolute frequencies, arithmetic means and percentages. The results showed an upward trend in the supply of hospital beds for municipalities in the state of Pernambuco and a reduction for those in Bahia. Throughout the network, there is an increase in requests for hospital admissions that are not accompanied by a proportional increase in supply. The increase in the waiting list and request cancellations, as well as the speed of bed expansion, especially in some specialties, are the management priorities of this interstate network.

Keywords: Regional Health Planning. Hospitalization. Waiting Lists. Health Services Accessibility.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Principais leitos hospitalares ofertados por tipo de internação hospitalar, na Rede PEBA, entre os anos de 2014 a 2018.....	30
Tabela 2 - Especialidades com maior frequência de solicitações de internamento hospitalar, na Rede PEBA, entre os anos de 2014 e 2018.	31
Tabela 3 - Tempo médio e percentual de espera, por tipo de especialidade mais solicitadas em internamento hospitalar na Rede PEBA, entre os anos de 2014 e 2018.	33
Tabela 4 - Tipos de motivos de cancelamento das dez solicitações mais frequentes realizadas na Rede PEBA, entre o período de 2014 a 2018.....	35

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa dos municípios do estado de Pernambuco que compõem a Rede PEBA, de acordo com a população residente no censo 2010.	23
Figura 2 - Mapa dos municípios do estado da Bahia que compõem a Rede PEBA, de acordo com a população residente no censo 2010.....	23
Figura 3 - Fluxograma das variáveis analisadas.	28
Figura 4 - Número de leitos hospitalares existentes Rede PEBA, no período de 2014 a 2018.	29
Figura 5 - Número de solicitações de internação hospitalar realizadas na Rede PEBA, no período de 2014 a 2018.....	31
Figura 6 - Percentual de desfechos das solicitações (regulado, cancelado, negado e devolvido) para internação hospitalar, na Rede PEBA, nos anos de 2014 a 2018. ..	34
Quadro 1 - Análise dos Dados.	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Conceituando o acesso, sua perspectiva na regionalização e no contexto do Sistema Único de Saúde.	14
2.2 A regionalização e a conformação das Redes de Atenção à Saúde.....	15
2.3 O Contexto de criação da Rede PEBA.....	18
3 OBJETIVOS.....	21
3.1 Objetivo Geral.....	21
3.2 Objetivos Específicos	21
4 METODOLOGIA	22
4.1 Tipo de estudo	22
4.2 Local e período de estudo	22
4.3 Instrumento e técnica de coleta de dados	24
4.4 Sistematização dos dados.....	24
4.5 Critério de inclusão e exclusão.....	25
4.6 Análise e interpretação dos dados.	25
4.7 Aspectos Éticos	26
5 RESULTADOS.....	28
6 DISCUSSÃO	36
7 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICE A - LISTA DE MOTIVOS DE CANCELAMENTO APRESENTADOS PELA CRIL – REDE PEBA.....	46
APÊNDICE B - LISTA DE MOTIVOS DE CANCELAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE INTERNAMENTO APÓS REAGRUPAMENTO DO ANEXO A	64
ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE	67
ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS .	68
ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS DE PESQUISA	69
ANEXO D - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE TERMO LIVRE E ESCLARECIDO	70

1 INTRODUÇÃO

Os princípios da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS) propostos na constituição de 1988 configuram o surgimento de uma rede universal, conformada em regiões de saúde. Contanto, apenas após as Normas Operacionais de Assistência à Saúde do SUS (NOAS/01), publicada em 2001, a regionalização ganha força sendo incorporada na agenda política. Esta enfatiza a regionalização na busca de promover o aumento da equidade e dessa maneira institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) (BRASIL, 2001).

Apesar da potencialidade apresentada para a regionalização proposta na NOAS, sua efetivação enfrentou obstáculos devido às atribuições das Secretarias Estaduais no planejamento regional. Tais obstáculos se associavam a problemas relativos às iniquidades na oferta e no acesso (permanência de grandes vazios assistências), fragmentação e desorganização, somadas a disputas entre estados e municípios, dificultando dessa maneira a consolidação do SUS (PEREIRA; VIANA, 2019).

Com isso, em 2006, é publicada a Portaria nº 399 que consolida o Pacto pela Saúde reconhecendo as desigualdades regionais e a responsabilidade das três esferas do governo para com a gestão do SUS, de maneira colaborativa. O Pacto pela Saúde, ainda demonstra como as regiões de saúde podem se configurar, sendo: 1) Intramunicipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional; 2) Intraestaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado; 3) Interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados; 4) Fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos (BRASIL, 2006).

Tais medidas culminaram no surgimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), conceituada como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Dessa maneira, as redes podem reconfigurar os desenhos regionais com maior frequência, uma vez que resultam na interdependência entre fixos e fluxos materiais e imateriais hierarquizados e conduzidos por organizações, agentes

estatais e não estatais capazes de operar serviços localizados dentro e fora da região, estado e do País (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

Além disso, a lógica de instituir redes regionalizadas com elementos estratégicos de integração intermunicipal e interestadual oferece uma condição estrutural mais adequada para efetivação da integralidade da atenção, além da redução do custo dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica e escala (GONÇALVES, 2018).

Considerando isso, em 2011, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), publicado no estado de Pernambuco, institui a Região Interestadual de Saúde constituída por Pernambuco e Bahia, sendo essa denominada Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, popularmente conhecida como Rede PEBA. Essa Rede é composta por duas macrorregiões, sendo elas de Petrolina e Juazeiro, que agrupam 53 municípios, com uma população média de 1,9 milhões de habitantes (VIANA *et al.*, 2017). Como estratégia para consolidar a rede interestadual foi criada a Comissão de Co-Gestão da Região Interestadual de Saúde do Vale do Médio São Francisco Pernambuco e Bahia (CRIE), sendo esse um instrumento de governança do qual obteve como seu primeiro produto em 2011, a Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) como um instrumento para operacionalização da regulação assistencial (PEREIRA, 2017).

A partir de fóruns realizados para discussão e desenho da política na Rede PEBA, foi elaborado o seu diagnóstico apontando limites e possibilidades, em que dentre as áreas prioritárias de atuação estabelecidas abrange a atenção às urgências e emergências. Dos eixos estabelecidos nessa área elenca-se o fortalecimento da atenção terciária e garantia de leitos complementares (PEREIRA, 2017). Posto isso, os leitos de internação hospitalar podem ser compreendidos como: leitos gerais de internação (neonatais, psiquiátricos, clínicos adulto, cirúrgico adulto, obstétrico e pediátrico) e leitos das Unidades de Cuidado Intensivo e Cuidado Intermediário (Unidade Neonatal, UTI pediátrica, UTI adulto).

De acordo com Lei Roemer (1959) quanto maior for à oferta de leitos em uma determinada região, maior a taxa de internação hospitalar nessa localidade. Visto essa afirmação, Delamater *et al.* (2013), realizou um estudo com objetivo de analisar se há associação entre disponibilidade e utilização de leitos hospitalares e

obteve como resultado relação positiva, concluindo que as taxas de internações têm origem na disponibilidade dos leitos.

Considerando o exposto, a Rede PEBA trata-se de uma experiência pioneira na conformação de uma rede interestadual de saúde. Partindo do pressuposto da cooperação, analisar a regulação assistencial, no caso da Rede PEBA que possui como mecanismo de regulação de 100% dos leitos hospitalares a CRIL, é de suma importância para compreender o contexto da garantia de acesso aos serviços de saúde, contribuir para o seu planejamento e fomentar outros estudos relacionados a essa temática.

Há na literatura poucos estudos que abordem a temática de redes interestaduais, sendo esta pesquisa uma contribuição para auxiliar em estratégias de planejamento e organização da rede de serviços. Desse modo, o estudo pretende responder a seguinte pergunta condutora: Considerando a demanda, a Rede PEBA ampliou o acesso aos leitos hospitalares em sua abrangência?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conceituando o acesso, sua perspectiva na regionalização e no contexto do Sistema Único de Saúde.

O acesso, no contexto da saúde, possui um conceito amplo do qual não está apenas associado à utilização dos serviços de saúde. Considerando o acesso como sinônimo de justiça social está atrelado à ideia de igualdade, sendo esse um dos princípios do SUS.

Mooney (2009) conceituou o acesso à saúde de acordo com a natureza e a extensão das barreiras ao cuidado conforme percebidas por diferentes grupos, considerando isso, o autor propõe uma revisão do acesso com base em um contexto de justiça social. De acordo com Aday e Andersen (1974), o conceito de acesso aos serviços de saúde é entendido com base nas características da população e da disponibilidade organizacional e geográfica; por outro lado, tomava o acesso como uma ideia mais política do que operacional.

No entanto, Donabedian (1973 *apud* SANCHEZ; CICONELLI, 2012), invés de acesso utiliza o termo “acessibilidade”, descrevendo assim dois aspectos desse: sociorganizacional e geográfico. De acordo com o autor, os atributos sociorganizacionais incluem a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, que termina por influenciar significativamente o acesso à saúde. Por outro lado, no que diz respeito à acessibilidade geográfica, essa refere-se a uma função do tempo e do espaço, como a distância física entre o usuário e os serviços.

De acordo com o autor, o termo “acessibilidade” abrange uma gama maior de significados, uma vez que está mais relacionado à oferta de serviços de modo que responda mais às necessidades da população do que a simples disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

O acesso é categorizado operacionalmente como um grupo de dimensões específicas que retratam a adequação entre os usuários e a assistência em saúde. Com isso, pode ter as seguintes dimensões: **a) disponibilidade:** compreendida como relação entre a oferta e a demanda; **b) acessibilidade:** relação entre a localização da oferta e os usuários; **c) a acomodação:** relação entre o modelo organizacional da oferta e a capacidade dos usuários se acomodarem a esse modelo; **d) capacidade financeira:** custos dos serviços; **e) aceitabilidade:** relação

entre os usuários e os trabalhadores de saúde no cotidiano da assistência prestada nos serviços de saúde (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

Considerando esse contexto, para superação do desafio de concretizar um sistema de saúde no qual não existam barreiras de acesso entre os níveis de atenção e, que ao mesmo tempo, seja capaz de ultrapassar as fronteiras municipais, estaduais e nacionais, é importante a construção de bases consistentes de planejamento regional (FLEURY, et al., 2010).

Tendo em vista que a ferramenta do planejamento regional é peça chave para garantia do acesso, é importante destacar o papel da regionalização cooperativa. Em relação a essa regionalização Pestana e Mendes (2004), destacam:

O “paradigma” da regionalização cooperativa propõe o reconhecimento de um espaço privilegiado, a microrregião de saúde, onde os municípios da microrregião sanitária, em associação entre si e com apoio da União e da Secretaria Estadual de Saúde, farão a gestão das ações de atenção primária e secundária à saúde. Ao se associarem, os municípios da microrregião devem constituir um sistema microrregional de serviços de saúde – sob a forma de uma rede de atenção à saúde –, com base na cooperação gerenciada, gerando, pela sua ação solidária, um excedente cooperativo (PESTANA;MENDES, 2004, p. 35).

Os autores destacam que o objetivo fundamental da regionalização cooperativa é a garantia do acesso dos usuários do SUS a serviços de qualidade ao menor custo social, econômico e sanitário possível. Deve impactar positivamente na equidade ao desconcentrar recursos excessivamente articulados em poucos pólos estaduais e determinando um aumento na satisfação dos usuários, com redução dos custos sociais altíssimos, impostos por grandes deslocamentos dos usuários do SUS para fora de suas microrregiões. São agregados a isso, os benefícios psicossociais de uma interiorização de recursos de maior densidade tecnológica (PESTANA; MENDES, 2004).

Considerando esse contexto, a garantia do acesso universal prescinde de uma organização sistêmica, efetivada mediante a celebração de pactos interfederativos pautados na cooperação e na solidariedade inherentemente regionalizada (PEREIRA, 2017).

2.2 A regionalização e a conformação das Redes de Atenção à Saúde

A partir da consolidação do Sistema Único de Saúde em 1988, houve a necessidade de descentralizar as ações e serviços de saúde e, devido à agenda política desse período, essa descentralização se deu através da municipalização. O

processo de regionalização proposto nesse período se opunha ao desenho do SUS proposto na Constituição de 1988.

Assim a fragilidade do planejamento regional das estratégias de descentralização do SUS comprometeu sua adequação às múltiplas realidades brasileiras. Com isso, não houve uma diversificação de políticas e investimentos que melhor relacionassem as necessidades de saúde às dinâmicas territoriais específicas, com vistas à redução da iniquidade no acesso, na utilização e no gasto público em saúde (VIANA; FAUTOS; LIMA, 2003).

A política de regionalização na saúde passa a ser incentivada a partir dos anos 2000, com as NOAS, que utilizou estratégias como instrumentos normativos, sendo eles o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Programação Pactuada Integrada (PPI) e Plano Diretor de Investimento (PDI).

O PDR fornece subsídio para elaboração do Plano Estadual de Saúde, uma vez que objetiva além da organização, regionalização e hierarquização da rede, a garantia ao acesso. Já a PPI tem por finalidade a efetividade ao que foi definido no Plano Diretor de Regionalização. Dessa forma, a partir das devidas pontuações entre os gestores, serão programadas as ações necessárias para que se atinjam os objetivos pactuados (BRASIL, 2002).

O incentivo à regionalização se deu a partir do momento em que verificou-se que nem todos os municípios brasileiros seriam autossuficientes em relação à prestação de serviços de saúde e, que estabelecer regiões de saúde e escalas definidas na oferta de determinados níveis assistenciais, resultaria em ganhos de racionalidade e melhoria na oferta assistencial (VIANA *et al.*, 2017).

No entanto, apenas no ano de 2006, em uma diferente conjuntura econômica de expansão fiscal e de políticas voltadas para o desenvolvimento regional, que ocorreu a maior inovação, a partir do Pacto pela Saúde, consolidado através da Portaria nº 399 de 2006. Tal portaria possui a regionalização como seu pilar através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada afim de descentralizar as ações e serviços públicos (BRASIL, 2006).

Dessa maneira, o pacto pela saúde trouxe inovações com a criação de fóruns intergovernamentais de negociação e pactuação entre gestores, e a definição do papel das redes assistenciais. Contudo, os instrumentos de planejamento continuaram os mesmos da fase anterior limitando a negociação e a coordenação

política. Além disso, a regionalização se diferenciava muito quanto a institucionalidade, governança e objetivos propostos no âmbito dos estados (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015).

O momento seguinte foi marcado pela Portaria nº 4.279/2010 e o Decreto 7.508/2011. A portaria nº 4.279 é responsável pela criação das RAS. Os critérios principais para sua configuração consideram as necessidades, preferências e grau de risco de uma população, concebendo a área geográfica e sua população sob responsabilidade das redes, do rol de ações e serviços ofertados, acessibilidade e escala para a conformação dos serviços e das linhas de cuidado. No caso da definição da abrangência, a RAS pode incluir uma ou mais regiões de saúde e deve levar em conta a base populacional, bem como, as pontuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e os parâmetros de escala e acessibilidade (VIANA *et al.*, 2017).

Com isso, o Decreto Presidencial 7.508, também destaca a importância da RAS, mas, além disso, aborda aspectos relacionados à organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa. Em relação à organização estabelece que deve ser através de regiões, definidas pelos estados em articulação com os municípios, dessa maneira, a articulação interfederativa regulamenta as Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartite, definidas como foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre gestores na construção de consensos federativos, em cada nível da organização do Sistema: regional, estadual e municipal (BRASIL, 2011).

O decreto também é marcado pela introdução do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), um instrumento de pactuação entre gestores voltado para o estabelecimento e cumprimento de metas, além de sua explícita diretriz para constituição de redes assistenciais (VIANA, *et al.*, 2017). Entretanto, observa-se que até o ano de 2016 apenas 24 regiões das 438 existentes haviam firmado o COAP (PEREIRA, 2017).

Considerando esse contexto, Pereira (2017), destaca que a regionalização é um processo em curso e que não está totalmente definido, ao considerar lacunas como no financiamento, na capacidade técnica dos governos subnacionais, interesses dos atores (profissionais, usuários, fornecedores, políticos entre outros) e

com mecanismos de coordenação federativa. A Rede PEBA acrescenta maiores desafios por envolver dois estados.

2.3 O Contexto de criação da Rede PEBA.

A organização da RAS envolve a integração, a interconexão e a interação dos serviços com diferentes níveis de densidade tecnológica distribuídos em um dado território, que pode ser município, uma região ou estado, transpondo assim os limites do território municipal (PEREIRA, 2017).

No SUS, existem algumas experiências de conformação de redes interestaduais, dentre elas está a Rede PEBA que congrega 6 regiões de saúde (três da Bahia e três de Pernambuco) e 53 municípios, sendo ela uma experiência pioneira na conformação de uma rede interestadual. Existem outras experiências como a exemplo da rede Tocantins, Pará e Maranhão (TOPAMA) e da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE-EF), formada pelo Distrito Federal, 19 municípios do estado de Goiás e 3 de Minas Gerais (PEREIRA, 2017).

Considerando a publicação do Decreto nº 7508, em 2011 o estado de Pernambuco publica seu atual PDR, em busca de se readequar as diretrizes e ao desenho proposto na configuração de uma região de saúde. Dessa maneira, no mesmo ano o estado configurou a divisão de suas regiões e macrorregiões e as respectivas linhas de cuidado. Com isso, esse plano destacou a Macrorregião Interestadual do Vale Médio do São Francisco, conformada pelos estados da Bahia e Pernambuco do qual teve por objetivo subsidiar a organização das ações e serviços de saúde de maneira regionalizada e solidária (PERNAMBUCO, 2011).

Nesse sentido, para a conformação da Rede PEBA foram realizados três fóruns de discussão para o desenho da política. No primeiro foi apresentado o diagnóstico da rede da região apontando limites e possibilidades; no segundo o objeto de discussão foi o estabelecimento de consenso e modelagem da rede; e o terceiro foi marcado pela assinatura da carta de intenção pelos secretários e definição do modelo de governança da rede (PEREIRA; VIANA, 2019).

Dessa maneira, o planejamento da rede teve como base o diagnóstico de saúde com identificação dos principais problemas da região, elaboração de Programação Pactuada Integrada (PPI) e Plano Diretor de Investimento (PDI) macrorregional (PEREIRA; VIANA, 2019).

Com a análise situacional da região os envolvidos na formulação e implementação da Rede PEBA pensaram em um modelo que respondessem a demanda da mesma. Nessa direção, em 2010 a Rede Pernambuco/Bahia traz uma experiência inovadora na tomada de decisão partilhada; a criação de um Colegiado Regional Interestadual (CRIE). Trata-se de um espaço de negociação e pactuação que demonstra ser possível estabelecer acordos de cooperação mediante a ação conjunta de vários atores, preservando a autonomia e à diversidade loco regional (VIANA *et al.*, 2017).

A partir do diagnóstico da rede, foram definidas áreas prioritárias sendo essas áreas estratégicas: o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, redução da mortalidade materno-infantil, atenção as urgências e emergências e regulação (PEREIRA, 2017; PEREIRA; VIANA, 2019).

Além disso, foram definidas diretrizes como: construção dos perfis e contratualização dos serviços especializados; complexo regulatório macrorregional em regime de cogestão; regulação dos serviços de referência macrorregional; regulação dos encaminhamentos para os polos estaduais; definição e articulação das diretrizes em relação ao transporte sanitário; definição do plano de informatização e informática; e construção das linhas de produção de cuidado e articulação dos processos regulatórios (PEREIRA; VIANA, 2019).

No caso da Rede PEBA o mecanismo de implantação de uma regulação foi definido através da criação de uma Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL), que teve sua organização e funcionamento como diretriz a Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008) e articulação federativa entre estados e municípios de Petrolina e Juazeiro, possibilitando assim o custeio do serviço em regime de cogestão (PEREIRA; VIANA, 2019).

No entanto devido à resistência inicial de sua formulação por parte dos gestores municipais e à insuficiência da rede sua atuação foi restringida para regulação de leitos de urgência, consequentemente não se constituindo como complexo regulador. Como resultado das discussões em prol da CRIL a mesma atualmente regula 100% dos leitos da rede (PEREIRA, 2017).

Sendo assim, a CRIL é um dispositivo que ordena o acesso aos leitos de urgência e emergência para as unidades de referências previamente acordadas. No entanto para sua efetivação é necessária pactuação entre os gestores que

compõem a Rede através da CRIE. Com isso também funciona como um observatório da Rede PEBA acompanhando a situação real dos pontos de atenção hospitalar e assim evidenciando as potencialidades e fragilidades dos serviços para colaborar na tomada de decisão dos gestores estaduais (WRUBLEWSKI *et al.*, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o acesso aos leitos hospitalares da Rede PEBA entre o período de 2014 a 2018.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar a evolução da oferta de leitos;
- Caracterizar a demanda de leitos por tipo de especialidade solicitada;
- Analisar o tempo médio de espera para acesso aos leitos;
- Analisar o desfecho das solicitações de internamentos.

4 METODOLOGIA

O presente estudo é um recorte de um projeto de pesquisa mais amplo desta Universidade Federal de Pernambuco, denominado “Análise de Distintas Regulações Assistenciais em uma Rede Interestadual de Saúde: O caso da Rede Pernambuco/Bahia – Rede PEBA”, iniciado em 2017, que possui como Certificado de Apreciação Ética (CAAE) nº 04186917.2.0000.5208.

4.1 Tipo de estudo

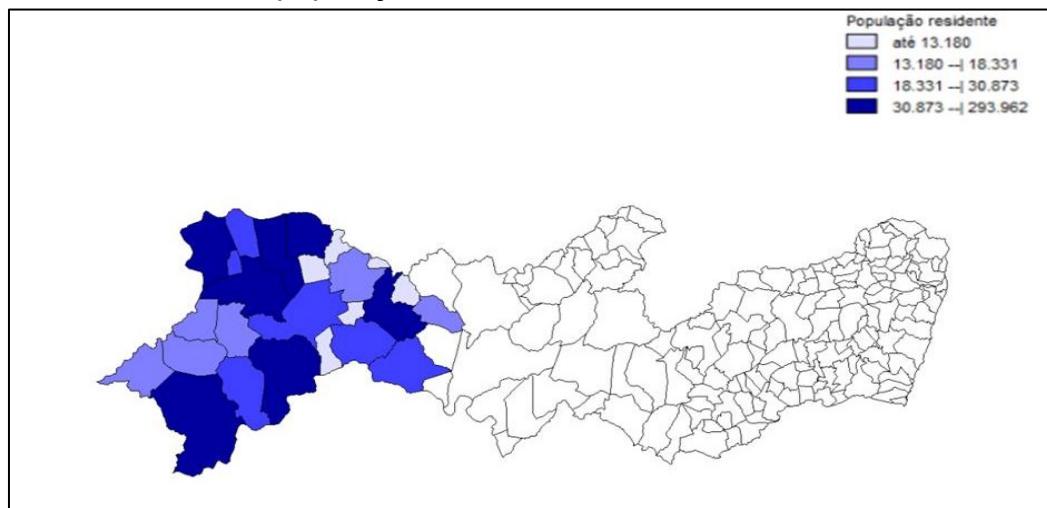
É uma pesquisa descritiva, do tipo transversal e quantitativa. Uma pesquisa com abordagem quantitativa trabalha com variáveis expressas em forma de dados numéricos e utiliza recursos e técnicas estatísticas para sua classificação e análise, como porcentagem, média, desvio padrão, coeficiente de correlação e regressão, entre outros (SILVA; MENEZES, 2001).

A classificação utilizada do tipo descritiva tem por objetivo observar, registrar e descrever as características de um determinado fenômeno que ocorreu em uma amostra ou população, entretanto não analisa seu mérito e conteúdo. Em uma pesquisa quantitativa do tipo descritiva, geralmente o delineamento escolhido pelo pesquisador não permite que os dados sejam utilizados para testes de hipóteses, no entanto, esses podem ser formulados posteriormente, uma vez que o estudo trata-se de descrever o fato em si (MARCONI; LAKATOS, 2001).

4.2 Local e período de estudo

O local de análise da pesquisa é composto pelos municípios que a Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, formada por duas macrorregiões de Saúde. Tais regiões são formadas pela Macro Norte, que tem como sede o município de Juazeiro, na Bahia, e a Macro Vale do São Francisco e Araripe, com sede em Petrolina – Pernambuco, divididas em 6 regiões de saúde (3 em cada estado) e 53 municípios, destes 25 destes ocupam a área de Pernambuco (Figura 1).

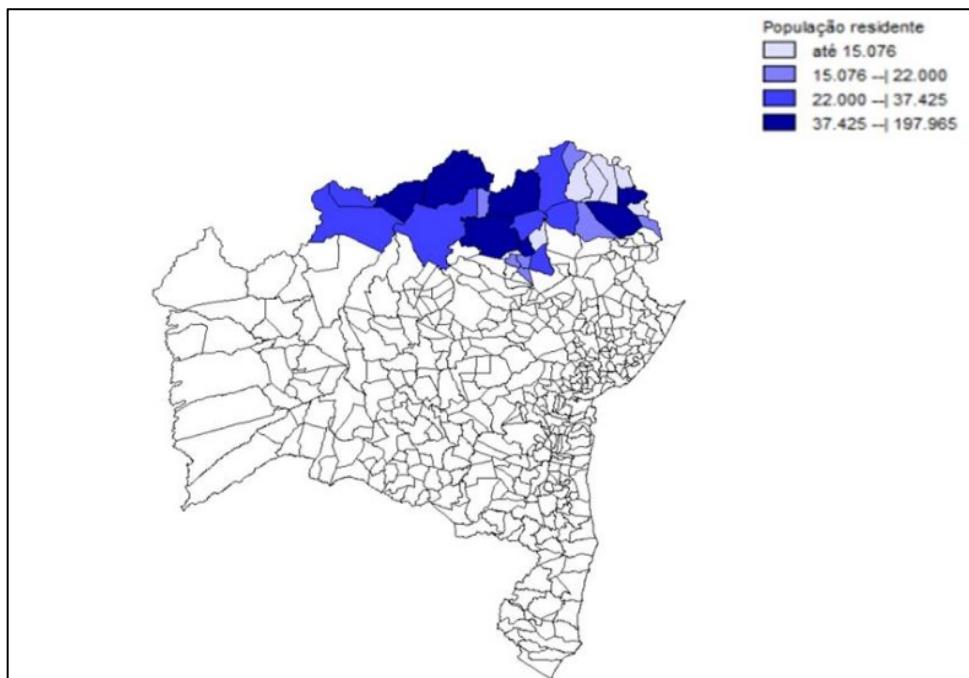
Figura 1 - Mapa dos municípios do estado de Pernambuco que compõem a Rede PEBA, de acordo com a população residente no censo 2010.



Fonte: CNES, DATA-SUS.

Outros 28 municípios pertencem à área do estado da Bahia, conforme a Figura 2.

Figura 2 - Mapa dos municípios do estado da Bahia que compõem a Rede PEBA, de acordo com a população residente no censo 2010.



Fonte: CNES, DATA-SUS.

Juntas, as duas localidades agregam uma população de cerca de 1,9 milhões de habitantes, sendo 901.298 (47%) pertencentes à porção pernambucana e 1.016.807 (53%), à baiana (IBGE, 2010).

Todas as solicitações de internamento hospitalar sob gestão da Rede PEBA é gerenciada pela Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) que possui a sede física no estado de Pernambuco. O período de análise desse estudo considerou os anos de 2014 a 2018.

4.3 Instrumento e técnica de coleta de dados

Foram extraídos dados abertos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), pertencente ao Departamento de Informações do SUS (Datasus); e os dados da CRIL foram fornecidos via e-mail pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), em arquivos em formato .xls.

4.4 Sistematização dos dados

Os dados da CRIL foram consolidados através de uma planilha eletrônica do programa Microsoft Excel 2007 e construído um novo banco de dados, considerando-se as seguintes variáveis:

- Solicitação de internamento hospitalar. Esta variável refere-se às solicitações feitas pelos diversos serviços da Rede PEBA à CRIL, com desfechos de “aprovado”, “cancelado” ou “negado”. A CRIL não possui a informação se o usuário foi ou não de fato internado;
- Tempo médio de espera entre a solicitação e a decisão da CRIL, calculado em dias;
- Desfecho (situação) da solicitação de internação hospitalar (Aprovado/ Cancelado/ Negado);
- Motivo do cancelamento da solicitação. Estes dados estavam registrados pelos reguladores da CRIL sem um padrão determinado, encontrando-se respostas diversas, e por esse motivo, foi necessário categorizá-las segundo critérios de proximidade temática;
- Unidade da Federação solicitante (PE ou BA);
- Ano.

Os dados extraídos do CNES permitiram identificar a oferta de leitos de internação hospitalar disponíveis na Rede, por estado e por ano.

4.5 Critério de inclusão e exclusão

Foram incluídas todas as solicitações de internamento hospitalar cadastrados nos bancos de dados entre os anos de 2014 e 2018 e excluídas aquelas que não possuíam registrados algum dos dados das variáveis do estudo.

Para a análise do tempo de espera, excluíram-se apenas as solicitações que não tinham informações referentes à data de solicitação, data de desfecho, local da solicitação (PE ou BA) e/ou especialidade de internamento.

4.6 Análise e interpretação dos dados.

Quadro 1 - Análise dos Dados.

Objetivos específicos	Descrição dos dados	Apresentação dos dados	Fonte de informação
1. Identificar a evolução da oferta de leitos existentes na Rede PEBA.	1.1 Quantidade de leitos existentes para internações hospitalares.	Número absoluto	CNES
	1.2 Quantidade de leitos existentes das dez especialidades mais solicitadas.	Porcentagem; Média aritmética anual da oferta mensal	
2. Caracterizar a demanda de leito hospitalar por tipo de especialidade solicitada.	2.1 Dez especialidades com maiores solicitações de internamento hospitalar	Frequência Absoluta; Média aritmética; Porcentagem	CRIL
	2.2 Média anual das solicitações em internamento hospitalar	Média aritmética	

3.Analisar o tempo de espera da resposta da CRIL às solicitações de leitos de internamento hospitalar.	3.1 Tempo de espera, em dias, para internação (0, 1, 2, 3, 4, 5, e 6 ou mais dias) por especialidade	Porcentagem	CRIL
	3.2 Média de tempo de espera, em dias, das solicitações de internação hospitalar	Média aritmética	
4.Analisar o desfecho das solicitações dos internamentos hospitalares.	4.1 Desfecho das solicitações (cancelada, negada ou aprovada)	Porcentagem	CRIL
	4.2 Principais motivos do cancelamento das solicitações	Categorização por proximidade temática e Porcentagem	

Fonte: PEREIRA, S.G, 2021.

Os dados foram analisados através de medidas estatísticas de frequências absolutas, média aritmética e percentagem.

4.7 Aspectos Éticos

O presente estudo respeitou os princípios éticos dispostos na resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Considerando isso, o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética da UFPE-CAV e possui o Certificado de Apreciação Ética (CAAE) 38768820.0.0000.9430

Uma vez que o estudo trata de dados secundários, coletados de sistemas de informação públicos, os riscos são mínimos uma vez que os dados disponíveis para a formação do banco não constam informações que identificam os usuários como nome, documento de identificação, endereço de residência e nem características físicas. Os riscos englobam disseminação de dados coletivos que poderiam depreciar uma população de determinada localidade, entretanto, a utilização destes somente ocorrerá em eventos com finalidade exclusivamente acadêmica e científica.

Outra medida adotada pelos pesquisadores é a guarda dos dados confidencialmente de modo a garantir a não violação e a integridade dos dados (danos físicos, cópias).

O estudo possui como benefícios a contribuição para a compreensão da conformação de uma rede interestadual, evidenciando seus desafios e potencialidades e assim sugerindo estratégias para o planejamento da oferta e organização da rede de serviços de saúde. Para os usuários o estudo produz resultados indiretos ao fornecer subsídios ao melhor funcionamento dos serviços.

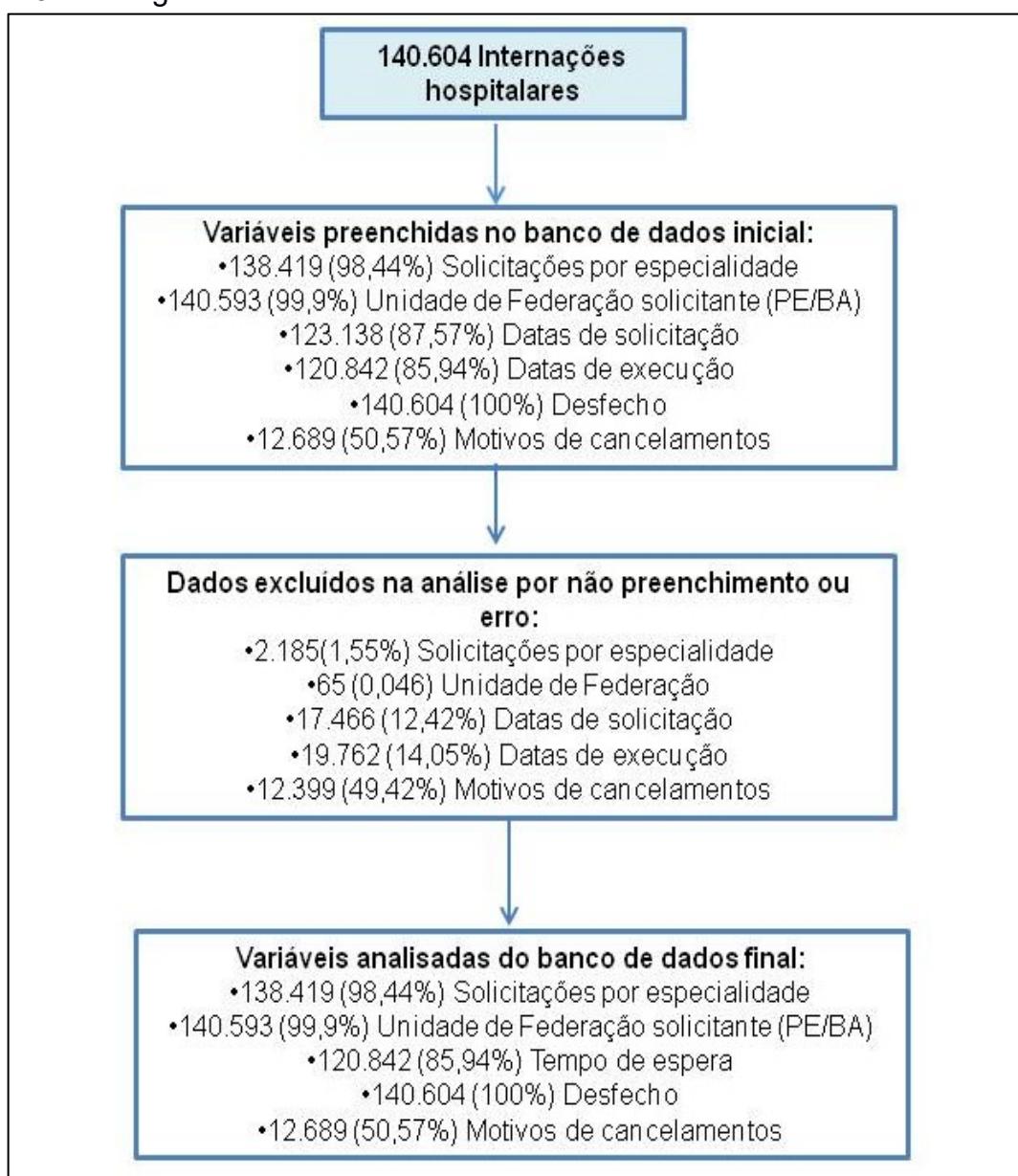
Os dados coletados secundários nesta pesquisa estão armazenados em HD interno e Pen drive sob a responsabilidade dos pesquisadores envolvidos, pelo período de mínimo 5 anos.

5 RESULTADOS

O presente estudo analisou 140.604 solicitações de internações hospitalares. Evidenciou-se que não obtinham preenchimento de informações: 2.186 (1,55%) das especialidades; 65 (0,046%) das UF; 19.762 (14,05%) do tempo de espera; e 12.399 (49,42%) motivos de cancelamento.

No fluxograma abaixo é possível observar os valores absolutos e porcentagens de dados finais considerados no estudo:

Figura 3 - Fluxograma das variáveis analisadas.

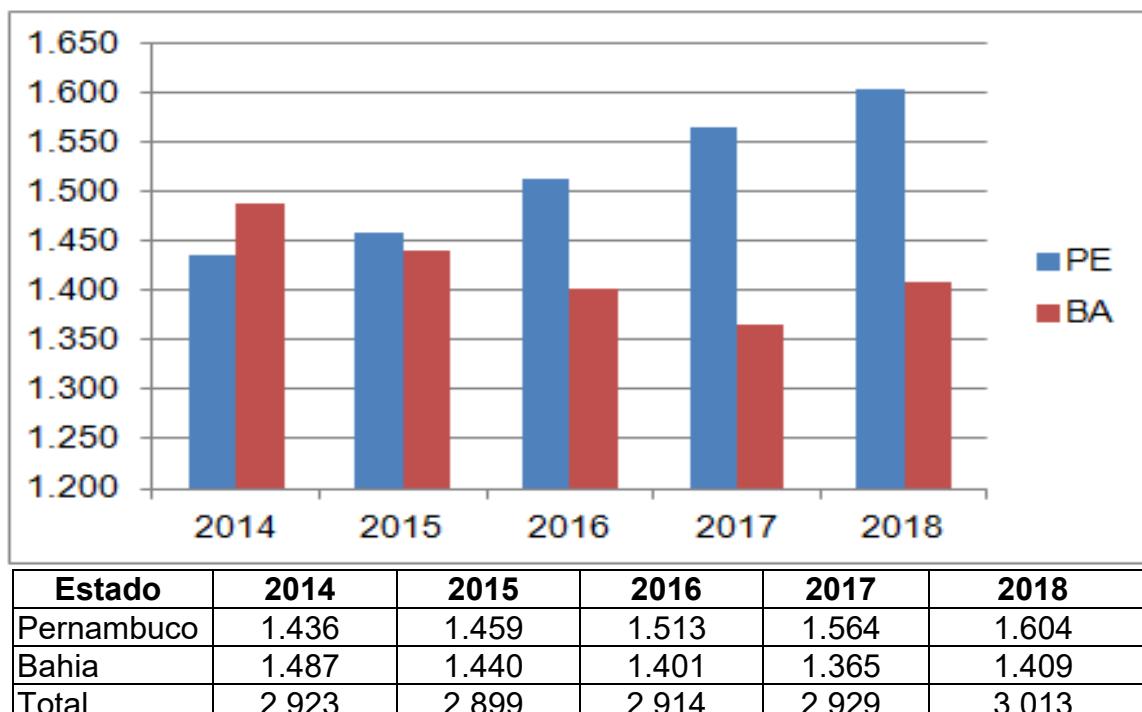


Fonte: PEREIRA, S.G., 2021.

5.1 Evolução da oferta e demanda de leitos hospitalares

De acordo com o CNES, no mesmo período de 2014 a 2018, observou-se uma oferta média anual de 2.936 leitos, sendo 1.515 em Pernambuco e 1.420 na Bahia, em que em relação à evolução dos anos, Pernambuco apresentou um aumento em 11,69% em sua oferta enquanto o estado da Bahia uma diminuição de 8,20%. Na Figura 4 é possível observar a evolução dessa oferta.

Figura 4 - Número de leitos hospitalares existentes Rede PEBA, no período de 2014 a 2018.



Fonte: CNES, DATA-SUS, 2021.

Nesses leitos disponibilizados foram observados 40 tipos de especialidades e as 10 mais ofertadas, correspondem a mais de 90% dessa oferta, como demonstra a Tabela 1.

Tabela 1 - Principais leitos hospitalares ofertados por tipo de internação hospitalar, na Rede PEBA, entre os anos de 2014 a 2018.

Tipo de Leito	Média Anual	%
Clínica Geral	895	30,48
Pediatria	536	18,26
Obstetrícia	413	14,06
Cirurgia Geral	353	12,02
Obstetrícia Cirúrgica	143	4,87
Ortopedia/Traumatologia	96	3,27
Psiquiatria	91	3,09
UTI Adulto- Tipo II	75	2,55
Ginecologia	36	1,23
Unidade de cuidados intermediários neonatal convencional	31	1,05
Total	2.669	90,88

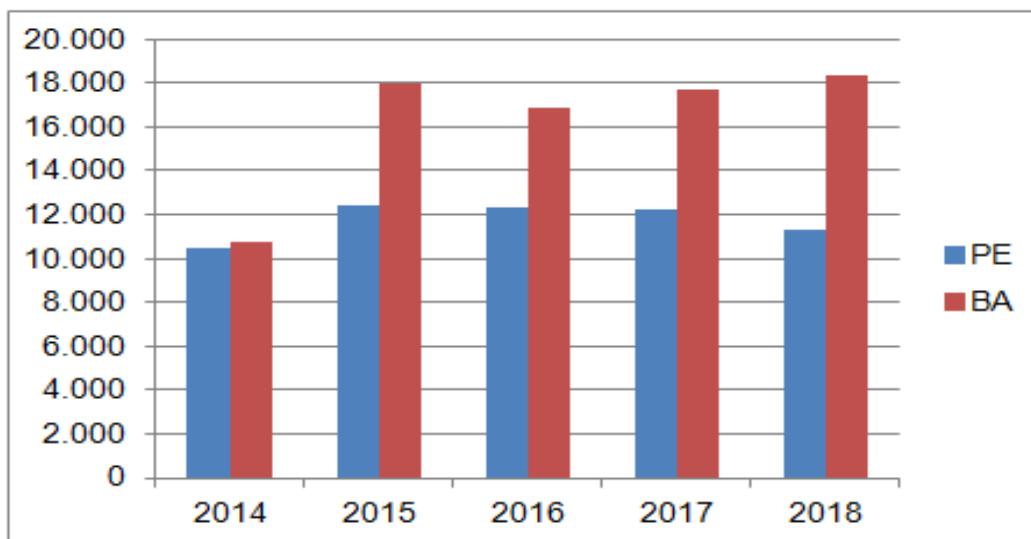
Fonte: CNES, DATA-SUS, 2021.

A partir de 2015 a oferta foi ampliada em 04 tipos de leitos de internação hospitalar e respectivas médias anuais de oferta: unidade de cuidados intermediário neonatal convencional (31); Acolhimento Noturno (9); Saúde Mental (4); e unidade de cuidados intermediários neonatal canguru (3).

Buscou-se ainda, dados de evolução da oferta de leitos por especialidades mais solicitadas no ano de 2014 e no ano de 2018, e constatou-se uma variação da oferta em obstetrícia clínica (423;493); cardiologia (12; 8), neurologia (21; 1) e UTI Adulto – Tipo II (81; 73).

A Figura 5 apresenta as solicitações para internação hospitalar a partir da CRIL, por ano e Unidade de Federação. Realizaram-se, em todo período estudado, 81.759 (58,15%) solicitações no estado da Bahia e 58.834 (41,85%), em Pernambuco, com média anual de 16.532 e 11.767 solicitações, respectivamente. Destaca-se ainda, aumento em 70,16% das solicitações na Bahia.

Figura 5 - Número de solicitações de internação hospitalar realizadas na Rede PEBA, no período de 2014 a 2018.



Estado	2014	2015	2016	2017	2018
Pernambuco	10.470	12.464	12.346	12.205	11.349
Bahia	10.800	17.978	16.899	17.705	18.377
Total	23.284	32.457	31.261	31.927	31.744

Fonte: CRIL- Rede PEBA, 2019. Elaboração própria, 2021.

Identificou-se 48 tipos de especialidades solicitadas, sendo apresentadas as dez mais frequentes na Tabela 2.

Tabela 2 - Especialidades com maior frequência de solicitações de internamento hospitalar, na Rede PEBA, entre os anos de 2014 e 2018.

Especialidade	Solicitação		
	Nº Total	Média Anual	%
Obstetrícia	28.868	3.217	20,85
Ortopediatraumatólogica	18.480	2.059	13,35
Clínica Médica	15.883	1.771	11,47
Obstetrícia Cirúrgica	11.359	1.265	8,21
Cardiologista	10.969	1.221	7,92
Cirurgia Geral	10.941	1.219	7,91
Ortopedista	9.327	1.039	6,74
Pediatria	7.939	885	5,74
Neurologista	4.528	504	3,27
UTI Adulto- Tipo II	3.780	421	2,73
Total	122.074	13.601	88,19

Fonte: CRIL- Rede PEBA, 2019.

Observou-se uma média anual de 28.121 solicitações de internações hospitalares, sendo implantadas 18 especialidades a partir de 2015:

Ortopediatraumatológica, Obstetrícia Cirúrgica, UTI Adulto Tipo II, Pediatria Cirúrgica, Vascular, Neonatal, Urologia, Pneumologia, UTI Pediátrica Tipo II, Nefrologia, Gastroenterologia, Otorrinolaringologia, UTI Neonatal Tipo II, Infectologia, Pediatria Clínica- Queimados, Plástica/Enxertia, Cardiologia Cirúrgica e Neuropediatria.

Destaca-se que 14 tipos de internações, não foram regularmente solicitadas ao longo dos anos, pois apresentaram um quantitativo de 01 solicitação mensal: Gastroenterologia; Otorrinolaringologia; UTI-Neonatal – Tipo II; UTI-Pediátrica; Infectologia; UTI- Neurologia; Pediatria Clínica – Queimados; Plástica/Enxertia; Oncologia Cirúrgica; UTI- Queimados; UTI- Oncológico; Cardiologia Cirúrgica; Neuro-pediatria; UTI- Obstetrícia.

Durante todo período estudado cinco especialidades apresentaram evolução das solicitações em leitos hospitalares: Cardiologia (520; 3.660); Neurologia (227; 1.385); UTI Adulto- Tipo II (0; 698); Obstetrícia Cirúrgica (0 ;2.243); e Ortopedia traumatólogica (0; 3.416). Destaca-se que as especialidades de cardiologia e neurologia possuem um aumento de 603,85% e 510,13%.

5.2 Tempo médio de espera para resposta da CRIL

Em relação tempo de espera entre as solicitações de internamento e o desfecho, observaram-se 79.736 (66%) respostas da regulação em 0 dia; 13.860 (11,47%) em 1 dia; 8.881 (7,35%) 2 dias; 4.498 (3,72%) 3 dias; 3.116 (2,58%) 4 dias; 2.117 (1,75%) 5 dias; e 8.624 (7,14%) 6 dias ou mais. A Tabela 3 mostra a situação do tempo de espera por especialidade, nas dez mais solicitadas:

Tabela 3 - Tempo médio e percentual de espera, por tipo de especialidade mais solicitadas em internamento hospitalar na Rede PEBA, entre os anos de 2014 e 2018.

Especialidade	Tempo de espera (em dias)								Total (%)	
	Percentual									
	0	1	2	3	4	5	6 ou +			
Média										
Obstetrícia	0	84,6	7,2	6,6	0,5	0,5	0,04	0,3	100	
Ortopediatraumatológica	3	45,3	13	8,3	5,8	4,5	3,6	19,3	100	
Clínica Médica	2	53,9	15,5	9,1	6	4,2	3	8,4	100	
Obstetrícia Cirúrgica	0	88,6	5,2	4,7	0,5	0,4	0,07	0,3	100	
Cardiologia	2	59,2	13,7	7,2	5,5	3,4	2,3	8,5	100	
Cirurgia Geral	1	70	10,5	6,5	2,7	2	1,4	6,4	100	
Ortopedia	2	53	13,7	7,9	5,6	3,4	2,7	13,1	100	
Pediatria	1	67,4	13,2	7,9	3,5	2	1,3	4,4	100	
Neurologista	2	52,9	14,32	9	7,2	3,8	2,9	9,7	100	
UTI Adulto-Tipo II	1	68,2	12,6	6,2	3,3	2,3	1,6	5,4	100	

Fonte: CRIL- Rede PEBA, 2019.

Além dessas especialidades mais solicitadas, outras 11 apresentaram média de tempo de espera de 0 dia: Ginecologia; Oncologia Cirúrgica; Retirada de corpo estranho; TCE Neurologia; UTI- Neonatal; UTI- Neurologia; UTI-Obstétrica; UTI- Oncológico; UTI- TCE Neurologia; UTI- Cirúrgico; e UTI- Queimados.

Com relação às especialidades que apresentaram maior média de tempo de espera, elenca-se em ordem decrescente: Plástica/enxertia (6 dias); Vascular, UTI-pediátrica, pneumologia e infectologia (5 dias); Nefrologia, urologia e UTI neonatal-tipo II (4 dias).

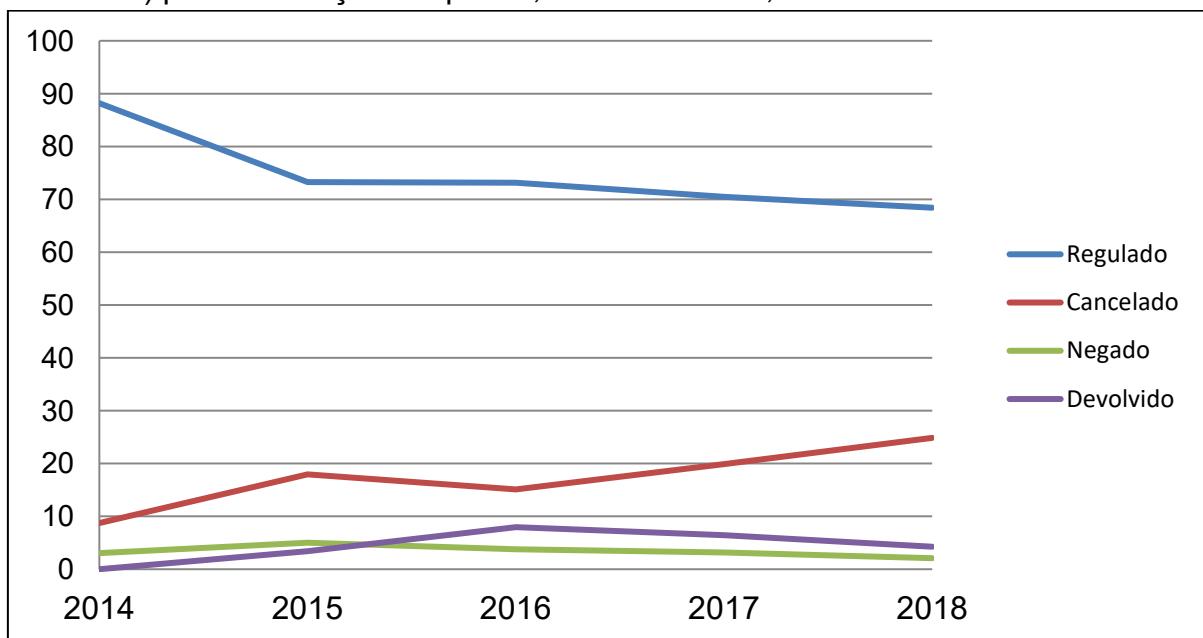
5.3 Desfecho das solicitações e motivos de cancelamento

Em relação à situação das 140.604 solicitações analisadas com preenchimento da variável “tempo de espera”, identificaram-se oito tipos de desfechos: regulado 103.885 (73,88%); cancelado 25.088 (17,84%); devolvido 6.575(4,67%); negado 4.858 (3,45%); não pertinente 107 (0,07%); em procedimento 88 (0,06%); atendido via TFD 02 (0,001%); e sem conclusão 01 (0,0007%).

Considerando-se os tipos de desfechos mais frequentes (regulado, cancelado, devolvido e negado), obteve-se uma média anual de 20.777 solicitações com desfecho de reguladas, 5.017 canceladas, 1.315 devolvidas e 972 negadas,

somando 99,86% (140.406) de todas as solicitações. O Gráfico 1, a seguir, demonstra à evolução anual dos principais desfechos de solicitações.

Figura 6 - Percentual de desfechos das solicitações (regulado, cancelado, negado e devolvido) para internação hospitalar, na Rede PEBA, nos anos de 2014 a 2018.



Fonte: CRIL- Rede PEBA, 2019.

Considerando os desfechos por tipo de especialidade solicitada, aquelas que obtiveram menor percentual de solicitações reguladas, foram: Otorrinolaringologia (56,41%); Neurologia (51,72%); Clínica Médica (50,86%); UTI Oncológico (50%); Neonatal (47,45%); UTI- Pediátrica- Tipo II (42,53%); Gastroenterologia (41,07%); Urologia (38,71%); Nefrologia (29,51%); Pneumologia (28,74%); e Infectologia (14,28%).

Os tipos de internamentos que apresentaram o maior percentual de desfecho cancelado foram: infectologia (85,71%); Pneumologia (78,26%); e Nefrologia (67,21%). Analisou-se, também, os motivos de cancelamento das solicitações de todas as especialidades. Inicialmente classificou-se um total de 283 tipos de motivos de cancelamentos (Apêndice A), que foram reagrupados em 44 grupos (Apêndice B). Caracterizou-se em um total de 44.739 solicitações com a variável motivo de cancelamento preenchidas. No entanto, 28.860 desse total obtinha essa variável registrada como “não houve cancelamento da solicitação”, ou seja, interpreta-se

como “reguladas” e não deveriam ter esse campo preenchido. A partir dessa exclusão, restaram 15.879 solicitações consideradas motivos de cancelamento.

Considerando as 25.088 solicitações em internação hospitalar com desfechos cancelados, dos 15.879 (63,29%) motivos de cancelamento que foram preenchidos, 3.190 (12,71%) possuíam registro de “canceladas, porém sem nenhum motivo explicado”, acarretando sua exclusão da análise. Com isso, a análise final foi definida em 12.689 (50,57%) solicitações canceladas com a variável “motivo de cancelamento” preenchidos corretamente e desse total 11.913 (47,48%) se caracterizam nos dez motivos de cancelamento mais frequentes (Tabela 4).

Tabela 4 - Tipos de motivos de cancelamento das dez solicitações mais frequentes realizadas na Rede PEBA, entre o período de 2014 a 2018.

Tipo de motivo de cancelamento	Nº Absoluto	%
Senha expirou	5.952	23,72
Alta Hospitalar	2.874	11,45
Óbito	900	3,58
Atendimento ambulatorial	581	2,31
Evadiu-se	559	2,24
Erro de digitação	358	1,43
Removido por meios próprios	218	0,87
Atendimento realizado na Unidade de Origem	165	0,66
Em procedimento	160	0,64
Duplicidade	146	0,58
Total	11.913	47,48

Fonte: CRIL- Rede PEBA, 2019.

Observou-se ainda que, conforme o motivo de cancelamento informado no desfecho, os óbitos possuíram uma evolução entre 2014 e 2018, apresentando valores de 215 e 313, respectivamente, destacando-se o ano de 2015 que apontou 372 óbitos. Os anos de 2016 e 2017 não apresentaram nenhum registro.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo apontou que a oferta de leitos hospitalares na Rede PEBA se manteve estável, entretanto houve uma ampliação no estado de Pernambuco e uma diminuição no estado da Bahia. Ao mesmo tempo em que a Rede não ampliou sua oferta de leitos, passou a ser pressionada pelo crescimento das solicitações de internamento com uma variação de 39,75%. Esse crescimento nas solicitações não foi homogêneo, pois ambos os estados apresentavam mesma quantidade de solicitações no primeiro ano estudado, e nos anos seguintes, o estado da Bahia ampliou sua quantidade de solicitações, distanciando-se do outro estado. Ou seja, apesar de quantitativo populacional próximos, ao mesmo tempo em que o estado da Bahia diminuiu sua oferta de leitos, passou a fazer mais solicitações de internamentos.

O federalismo e o processo de descentralização exigem condições que por muitas vezes limitam os avanços da regionalização, evocando acordos federativos entre municípios díspares e estados que possuem tradições históricas de organização do sistema de saúde diferentes (SERVO; ANDRADE; AMARAL, 2018). A regionalização apresenta importante papel na promoção do acesso integral da população aos serviços de saúde com objetivo de que seja promovida de forma equânime, integral e descentralizada. Entretanto, torna-se desafiador a regionalização em uma rede interestadual, visto que existem diferentes modelos organizacionais e de governança regional que atuam na rede.

Xavier *et al.* (2019) realizou um estudo no Brasil abordando a regionalização da saúde com base no fluxo de pacientes através de escalas espaciais utilizando um algorítimo de modularidade em busca de agrupar municípios em comunidades com altos números de interligas destacando o fluxo de entrada e saída de internamentos, além disso, apresenta a importante troca que ocorre no estado de Pernambuco e Bahia principalmente na região de Petrolina e Juazeiro que possui grau de entrada e saída ponderada de 7,4% e 7,5% de internações. O autor demonstra a importância de regiões historicamente constituídas para garantia de acesso aos serviços de saúde.

Apesar das diversas discussões e debates referentes à regionalização da saúde no Brasil, há poucos estudos que retratem esse processo em uma rede interestadual. O estudo busca subsidiar a organização e planejamento da lacuna

relacionada à análise da adequação do desenho das regiões interestaduais e acesso aos serviços de saúde.

Na comparação entre as solicitações e a oferta de leitos por especialidade, é possível destacar que a cardiologia e a neurologia não pertencem aos dez tipos de leitos com maior disponibilidade, uma vez que cardiologia é classificada em 11^a (média de 31 leitos ofertados por ano) e neurologia em 19^a (média de 12 leitos ofertados por ano), apesar de figurarem entre a 5^a e a 9^a especialidades mais solicitadas.

Ainda que a distância seja um fator que possui influência na relação oferta e demanda, há outros fatores que podem afetar o acesso aos leitos hospitalares. Mesmo que haja uma oferta adequada, o acesso pode ser limitado pelo conhecimento da disponibilidade, custos, barreiras culturais e questões de transporte. Ou seja, a disponibilidade por si só é insuficiente para garantir acesso, entretanto ela é um requisito para acessibilidade (AMARAL *et al.*, 2017).

Visando estruturar uma modelagem para prever a demanda em serviços hospitalares e apoiar o planejamento, Ordu, Demir e Tofallis (2019), propõem a utilização de metodologias de previsão através da média móvel integrada autoregressiva (ARIMA), suavização expoencial e regressão linear múltipla. Os autores afirmam ter sido possível prever a demanda para 25 especialidades de internação, utilizando qualquer um dos métodos descritos.

A região de Petrolina demonstra uma melhor adequação dos serviços de saúde em relação a Juazeiro, uma vez que, dos estabelecimentos existentes nessas duas regiões, 57,6% pertencem a Petrolina (PEREIRA, 2017). O Dossiê Regiões e Redes sinaliza que uma redução de 66% dos leitos já vinha sendo evidenciada entre o período de 2010 a 2016 na região e que, no mesmo período, os investimentos de recursos em Juazeiro foram marjoritariamente para Atenção Básica (77,57%); enquanto Petrolina, 44,72% na atenção básica e 34,39% na atenção hospitalar (VIANA *et al.*, 2017).

Conforme apontado na observação sobre as especialidades e tendo em conta a disparidade em oferta de leitos na rede, as especialidades de obstetrícia, neurologia e cardiologia juntas representam 32,05% das solicitações. Visto que há uma insuficiente oferta em relação à demanda de leitos hospitalares por essas

especialidades, o fluxo de internações poderia ser diminuído a partir do fortalecimento da atenção básica.

Dessa maneira, as internações hospitalares por cardiologia e neurologia podem envolver causas atreladas ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC), em que parte dessas internações podem ter se dado por tais condições. Esse grupo de doenças são caracterizadas como Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP), em que altos valores de ICSAP podem indicar fragilidade e/ou baixa resolubilidade na porta de entrada do sistema de saúde. Dessa forma, quando há lacunas ou falhas na Atenção Primária a Saúde, a população busca diretamente os demais níveis (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2015). Além disso, o aumento das internações por doenças cardivascular pode estar relacionado a uma baixa adesão ao tratamento e/ou a permanência de uma alta prevalência de fatores de risco nas comunidades (WRUBLEWSKI *et al.*, 2018). Gonçalves (2018) apresenta os agravantes organizacionais na rede assistencial da Rede PEBA a partir do alto número de internações por causas evitáveis e sensíveis a esse nível de atenção, relativas às deficiências nas ações de pré-natal, exames ginecológicos e na necessidade de interação com a vigilância em saúde.

No estudo em tela, constatou-se que 88,21% das solicitações realizadas no período de 2014 a 2018 são referentes a apenas dez especialidades, sinalizando a carga de procura da população por estas, a necessidade de ampliação da oferta na capacidade instalada e de profissionais que atendam à demanda. Chama-se atenção que as especialidades ortopedia e ortopedia traumatológica totalizam 20,06% das solicitações, obtendo anualmente média de 3.098 solicitações, enquanto são disponibilizados em média 96 leitos SUS por ano, para as duas especialidades juntas. Além disso, a especialidade de neurologia sofre uma importante redução na quantidade de leitos.

Pereira (2017) sinaliza que no ano de 2016, a ortopedia se apresenta como uma das especialidades de maior demanda na Rede de Urgência e Emergência (RUE) na Rede PEBA, e que as discussões sobre a necessidade de ampliação dos leitos hospitalares em ortopedia e ortopedia traumatológica já são pauta na Comissão Intergestora Regional (CIR), demonstrando ainda gargalos assistenciais na obstetrícia e cardiologia, associados à insuficiência de médicos e à baixa capacidade de gestão dos municípios da região.

As especialidades de ortopedia traumatólogica, ortopedia, neurologia e cardiologia obtiveram maior percentual de tempo de espera para uma resposta da regulação para o internamento. Longos tempos de espera favorecem a superlotação dos serviços de urgência e emergência, acarretando em problemas que incluem resultados desfavoráveis no tratamento e evolução do paciente, recusa no recebimento de ambulância e alta tensão a equipe assistencial. O tempo de espera é um indicador de desempenho fundamental na urgência e emergência (AHRQ, 2012).

Para enfrentar os desafios de acessibilidade é necessário maior transparência quanto aos tipos de espera por serviço e investigação sobre razões e potenciais metas de intervenções, buscando-se superar a falta de relato rotineiro de dados por idade, sexo, situação socioeconômica e comorbidades, e alocação de recursos na formulação de políticas para um princípio de “espera produtiva” a partir de uma melhor utilização do tempo do paciente (MCINTERY; CHOW, 2020).

Outros achados sugerem que as estratégias de alocação de recursos e as escolhas de eficiência de recursos estão associadas aos tempos de espera de internação. A análise de correlação apontou que os fatores organizacionais que afetaram no tempo de espera foram às relações com as enfermarias hospitalares, no entanto, nos demais casos de altos tempos de espera estavam associados à estrutura da atenção primária e baixo desempenho da gestão da atenção a doenças crônicas (VAINIERI; PANERO; COLETTA, 2020).

Os tipos de leitos de internação hospitalar que obtiveram o maior percentual de cancelamento no período (infectologia, pneumologia e nefrologia) estão entre aquelas que apresentaram maior tempo médio de espera (acima de 4 dias), na qual mais de 60% das solicitações possuíram desfecho de cancelada. Esse cancelamento pode acontecer pela unidade de origem (quando da descontinuidade da condição que motivou o pedido de internação, da evasão ou óbito do paciente, do seu encaminhamento para outro serviço ou para uma unidade de saúde privada, entre outros) ou pela Central de Regulação (quando do não cumprimento dos prazos acordados para inclusão de evolução clínica e/ou resposta a pendências) (PARRA, 2019).

A Rede PEBA apresentou um crescimento no percentual de solicitações que foram canceladas e diminuição do desfecho de solicitações que foram reguladas.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado por Parra (2019), que investigou dados do Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais, e verificou um aumento nas solicitações canceladas em relação ao total de solicitações, em que no ano de 2008 apresentava 9,1% e 2018, 12,3%; e um aumento dos cancelamentos devido a óbito do paciente.

O pior desfecho possível para uma solicitação em seu motivo de cancelamento é óbito do paciente, pois demonstra que mesmo que tenha havido o primeiro contato assistencial com porta de entrada no serviço de urgência e emergência não obteve acesso ao leito hospitalar para continuidade da assistência necessária. No entanto, o óbito não deve ser associado apenas à regulação assistencial, uma vez que pode haver influência de fatores individuais e na admissão, disponibilidade de transporte e atualização na evolução clínica pelo estabelecimento de origem (PARRA, 2019). O risco de mortalidade em pacientes em lista de espera e tempo de espera hospitalar foi estudado por Martinez *et al.*, (2019), encontrando-se uma associação estatisticamente significante entre variabilidade de tempo de espera e óbito ($Z = 2,16$, $P = 0,0308$) (MARTINEZ *et al.*, 2019)

Não apenas o óbito do paciente é um importante indicador de falhas assistenciais, como também a evasão do paciente, que pode ser importante agravante para causa de óbito. No presente estudo a evasão representou a quinta principal causa de motivo de cancelamento. Segundo Guttmann (2011), os pacientes com evasão vão embora sem passar por avaliação médica muitas vezes causada por longos períodos de espera, o que possui influência no comportamento dos profissionais e na avaliação médica. Esse dado pode ser ainda pior, devido a falhas quanto ao preenchimento da variável motivo de cancelamento.

7 CONCLUSÃO

O desequilíbrio nas solicitações de internamento hospitalar e a evolução discrepante da oferta de especialidades em leitos hospitalares entre os estados envolvidos reforça a necessidade de repactuação no planejamento da Rede PEBA, e ação sobre gargalos no acesso. Com isso, sinalizou-se que as solicitações em internações hospitalares apresentaram aumento de desfechos cancelados e diminuição em desfechos regulados. Além disso, as especialidades que apresentaram maior percentual em desfecho cancelado, no presente estudo, foram aquelas que obtiveram maior tempo médio de espera.

As filas de espera podem ter como causa a baixa oferta de leitos em algumas especialidades devido à carência de profissionais ou recursos financeiros nas gestões públicas envolvidas na Rede PEBA. Entretanto, o melhor preenchimento de dados no sistema de regulação e a interligação do sistema de agendamento com a informação de efetivação do internamento podem contribuir para aumentar a eficácia no acesso à rede ofertada.

Destaca-se a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária a Saúde uma vez que as internações por ICSAP apresentam aumento, evidenciando a importância da articulação entre os níveis de atenção para maior resolubilidade da situação de saúde de sua população e assim diminuição da concentração no nível terciário. Assim como o fortalecimento da atenção primária, é de suma importância a articulação entre os diversos pontos de atenção que configuram a RAS. Na perspectiva da CRIL é observada carência de capacitações nas instâncias envolvidas no processo de regulação, uma vez que há fragilidades nas informações sobre os motivos de cancelamento das solicitações realizadas para internação hospitalar, observada não assiduidade em seu preenchimento caracterizando-se como uma limitação no estudo, visto que a regulação é um importante instrumento de gestão.

Pesquisas em documentos e atores envolvidos na gestão da Rede PEBA devem aprofundar os achados que apontaram diferenças entre os estados na evolução da rede ofertada e nas solicitações de internamentos, para identificar fatores explicativos de tais eventos, de modo a subsidiar a gestão do SUS no planejamento e o debate sobre concepções de rede interestadual.

REFERÊNCIAS

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). **Measure Summary NQMC-6113 – Emergency department (ED)**: median time from ED arrival to time of departure from the emergency room for patients admitted to the facility from the ED. National Quality Measures Clearinghouse. Rockville, MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality, 2012. Disponível em: <http://qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=27433&search=emergency+department>. Acesso em: 17 mar. 2021.
- ALBUQUERQUE, M.V.; VIANA, A.L.Á. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. esp., p. 28-38, 2015.
- ADAY, L.A.; ANDERSEN, R. A framework for the study of access to medical care. **Health Serv Res.**, London, n. 9, v. 3, p. 208-20, 1974.
- AMARAL, P. V.; ROCHA, T. A. H.; BARBOSA, A. C. Q.; LEIN, A.; VISSOCI, J. R. N. Spatially balanced provision of health equipment: a cross-sectional study oriented to the identification of challenges to access promotion. **Int. J. Equity Health**, London, v. 16, n. 209, p. 1-13, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 23 mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de Agosto de 2008.** Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 28 jul. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, D.F.: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 06 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, D.F.: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de Janeiro de 2001.** Norma Operacional de Assistência à Saúde /SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 26 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS:** Instrumentos de gestão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf. Acesso em: 26 jul. 2020.

DELAMATER, P. L.; MESSINA, J. P.; GRADY, S. C.; WINKLERPRINS, V.; SHORTRIDGE, A. M. Do more hospital beds lead to higher hospitalization rates? a spatial examination of Roemer's Law. **PLoS One.**, San Francisco, v. 8, n. 2, p. 1-16, 2013.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration:** specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University, 1973.

FLEURY, S.; OUBERNEY, A. L. M.; KRINEMBERGER, T. S.; ZANI, F. B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 28, n. 6, p. 446-55, 2010.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org.). **Política de saúde:** o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GONÇALVES, A. C. F. M. F. **Avaliação da governança regional em uma rede interestadual de saúde:** um estudo de caso. 2018. 105 f. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2018.

GUTTMANN, A.; SCHULL, M. J.; VERMEULEN, M. J.; STUKEL, T. A. **Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department:** Population based cohort study from Ontario. Canada. **BMJ**, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d2983>. Acesso em: 7 mar. 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico.** 6. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2001.

MARTINEZ, D.A.; ZHANG, H.; BASTIAS, M.; FEIJOO, F.; HINSON, J.; MARTINEZ, R.; DUNSTAN, J.; LEVIN, S.; PRIETO, D. Wait time is associated with increased mortality for Chilean waiting list patients with non-prioritized conditions. **BMC Saúde Pública**, London, n. 19, v. 1, p. 233, 2019. doi:10.1186/s12889-019-6526-6

MCINTYRE, D.; CHOW, C. K. Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. **Inquiry**, Oslo, v. 57, p.1-15, 2020. doi: 10.1177/0046958020910305.

MOONEY, G. Is it not time for health economists to rethink equity and access? **Health Econ Policy Law**, Cambridge, v. 4, n. 7, p. 209-221, 2009.

ORDU, M.; DEMIR, E.; TOFALLIS, C. Uma estrutura abrangente de modelagem para prever a demanda por todos os serviços hospitalares. **Int J Health Plann Manage**, Chichester, n. 34, v. 2, p. 1257-1271, 2019. doi: 10.1002/hpm.2771.

PARRA, R. V. **Promoção da equidade no acesso às internações hospitalares de Urgência no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais**. 2019, 63 f. Monografia de conclusão de curso (Especialização em Administração Pública, Planejamento e Gestão Governamental) - Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, 2019.

PEREIRA, A.P.C.M. **Redes Interestaduais de Saúde**: O caso da rede de atenção à Saúde Pernambuco/Bahia. 2017. 198 f. Tese (doutorado em ciências) – Faculdade de Medicina da Cidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

PEREIRA, A.P.C.M.; VIANA, A.L.Á. Da formação da agenda a implementação da política: O caso da Rede Interestadual de Saúde Pernambuco-Bahia. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Taubaté, v. 15, n. 7, p. 99-112, 2019.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 107, p. 1008-1017, 2015.

PERNAMBUCO. Governo do Estado de Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2011. Disponível em:
http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf Acesso em: 07 jun. 2020.

PESTANA, M.; MENDES, E.V. **Pacto de gestão**: Da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria do Estado, 2004. Disponível em:
http://files.conselhosaudetp.webnode.com.br/200000227-d45e9d5587/Pacto_de_Gest%C3%83%C2%A3o%5B1%5D.pdf Acesso em: 20 jun. 2020.

SANCHES, R.M.; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 31, n. 3, p. 260-268, 2012.

SERVO, L.M.S.; ANDRADE, M.V.; AMARAL, O.V.M. Análise das Regiões de Saúde no Brasil a partir do Pacto pela Saúde: Adequação da regionalização e acesso geográfico. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 21., 2018, Belo Horizonte. **Anais** [...] Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2018. p. 1-20.

SILVA, E.L.; MENEZES, E.M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

VAINIERI, M.; PANERO, C.; COLETTA, L. Waiting times in emergency departments: a resource allocation or an efficiency issue? **BMC Health Serv Res.**, London, v. 549, n. 20, p. 1-10, 2020. [TTPS://doi.org/10.1186/s12913-020-05417-w](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05417-w).

VIANA, A.L.Á; FERREIRA, M.P.; CUTRIM, M.A.B; FUSARO, E.R.; SOUZA, M.R.; MOURÃO, L.; CHANCHARULO, A.P.; MOTA, P.H.S. **Política de regionalização do SUS em debate: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil.** [S. l.]: Região e Redes, 2017. (Novos Caminhos, n.15). Disponível em: https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2017/04/Novos_Caminhos_15.pdf. Acesso em: 28 mar. 2020.

VIANA, A.L.D.; FAUSTO, M.C.R.; LIMA, L.D. Política de saúde e equidade. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, 2003.

WRUBLEWSKIA, G.S.; GALINDO, C.C.; RODRIGUES, R.M.; CRUZ, N.M.; FIGUEIREDO, M.G.A.; LIMA, A.B.S. Efeitos de implantação da rede interestadual de saúde do Vale do São Francisco. **Diversitates Int J**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2 p. 59-69, 2018.

XAVIER, D.R.; OLIVEIRA, R.A.D.; BARCELLOS, C.; SALDANHA, R.F.; RAMALHO, W.M.; LAGUARDIA, J.; VIACAVA, F. As Regiões de Saúde no Brasil segundo internações: método para apoio na regionalização de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 13, supl. 2, p. e00076118, 2019. doi: 10.1590/0102-311X00076118.

APÊNDICE A - LISTA DE MOTIVOS DE CANCELAMENTO APRESENTADOS PELA CRIL – REDE PEBA

Para fins de respeito aos princípios éticos, nomes fictícios foram inseridos nos cancelamentos realizados pelos profissionais de saúde.

1. POIS O MESMO PROCUROU MEIOS PRÓPRIO E NÃO SE ENCONTRA MAIS NESTA UNIDADE.
2. 30/03 18:12 ENFA MARIA DA (UNID DE ORIGEM)INFORMAR CANCELADO POR RESOLUTIVIDADE POR MEIOS PRÓPRIOS.
3. A ENF^a MARIA INFORMA QUE O PACIENTE JÃ¡ FEZ O PROCEDIMENTO
4. A ENFERMEIRA MARIA. INFORMOU QUE O PACIENTE RECUSOU IR PARA A SOTE.
5. A PEDIDO
6. A PEDIDO DA ENFA MARIA
7. A PEDIDO DA FAMÍLIA
8. A PEDIDO DA UNIDADE SOLICITANTE
9. A PEDIDO DO SOLICITANTE
10. A SECRETARIA DE SAÚDE NÃO DISPONIBILIZOU TRANSPORTE PARA TRANSFERÊNCIA.
11. A UPA
12. ACIMA
13. ADEQUAÇÃO DE LEITOS
14. AGUARDANDO VAGA

15. AINDA NÃO AUTORIZADO PELO HMP.

16. ALTA À PEDIDO

17. ALTA HOSPITALAR

18. ALTA PELA UNIDADE

19. AO HUP

20. APÓS AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA, CONSTATADO NECESSIDADE DE PRÓTESE, NÃO SENDO POSSÍVEL NA SOTE.

21. APÓS AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA, CONSTATADO NECESSIDADE DE PRÓTESE.

22. APROVAÇÃO EQUIVOCADA

23. APROVACAO ERRADA

24. APROVADO

25. APROVADO PARA O HOSPITAL ERRADO

26. ASSINOU O TERMO

27. ATENDIDO NA SOTE, MAS A UNIDADE NÃO POSSUI O RECURSO NECESSÁRIO PARA TRATAMENTO DO PACIENTE, RETORNANDO A UNIDADE DE ORIGEM.

28. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

29. AUTORIZAÇÃO SEM CONTATO COM O HOSPITAL REFERENCIA

30. AUTORIZADO INDEVIDAMENTE

31. BUSCAR RECURSO COM A CER DE REFERÊNCIA (OUTROS ESTADOS)
32. BUSCAR RECURSOS DE ACORDO COM SUA PPI
33. CANCELADA
34. CANCELADA DEVIDO EVASÃO DE PACIENTE DA UNIDADE DE SAÚDE.
35. CANCELADO
36. CANCELADO CONFORME CONTATO DA ENFERMEIRA MARIA DO HRIS, QUE COMUNICOU QUE PCT NAO FOI TRANSFERIDA POR FALTA DE TRANSPORTE
37. CANCELADO CONFORME SOLICITADO POR MARIA DA REGULAÇÃO DO HU, PACIENTE SEGUIRÁ AGUARDANDO VAGA.
38. CANCELADO POIS PACIENTE NÃO DEU ENTRADA NO SERVIÇO HÁ MAIS DE 24 HORAS
39. CANCELADO POR TER EXCEDIDO OS CARACTERES
40. CANCELADO, CONFORME CONTATO TELEFÔNICO.
41. CANCELADO. CIRURGIANO REALIZOU CIRURGIA NO HOSPITAL DE ORIGEM.
42. CANCELADO. PACIENTE SEGUIU POR MEIOS PRÓPRIOS
43. CANCELAMENTO DA AUTORIZAÇÃO, PACIENTE FOI PRA UPA JUAZEIRO
44. CANCELAMENTO POR FALTA DE CONTATO
45. CANCELAMENTO, CONFORME SOLICITADO, DEVIDO EVASÃO DO PACIENTE.

46. CANCELAMENTO, PACIENTE EM PÃ“S OPERATÃ“RIO
47. CANCELAR DA PROMATRE E APROVAR PARA O MEMORIAL.
48. CANCELO CONFORME SOLICITADO POR TELEFONE.
49. CANCELO TRANSFERÃ“NCIA CONFORME SOLICITADO POR TELEFONE.
NÃ“O TEM MAIS INDICAÃ§Ã“O CIRÃ“RGICA.
50. CIRURGIA ELETIVA, SERÃ“ INSERIDO NA CENTRAL DO ESTADO
51. CONFORME ENF. MARIA, A CRIANÃ“SA JÃ“ ESTÃ“ EM CASA
52. CONFORME ENF. MARIA DO HOSPITAL SOLICITANTE, PACIENTE FOI ATENDIDO E LIBERADO.
53. CONFORME ENF. JOÃ“O, O PARTO FOI REALIZADO NO HOSPITAL DE ORIGEM.
54. CONFORME ENF. MARIA DO HOSP. ARNALDO VASCONCELOS O CASO FOI RESOLVIDO.
55. CONFORME ENF. MARIA O CASO FOI RESOLVIDO
56. CONFORME ENFERMEIRA MARIA, PACIENTE FOI A Ã“BITO.
57. CONFORME ENFERMEIRO JOÃ“O INFORMA QUE O PACIENTE VEIO POR CONTA PRÃ“PRIA
58. CONFORME INFORMACAO DA RECEPCIONISTA ANAELSA, APOS BUSCA NO SENSO DO HOSPITAL, PACIENTE NAO SE ENCONTRA INTERNADO NA UNIDADE. CANCELADO.
59. CONFORME INFORMADO PELO ENFERMEIRO JOÃ“O A MÃ“FE NÃ“O PODERA ACOMPANHAR O FILHO MENOR POIS OUTRO FILHO ADOEceu
60. CONFORME PEDIDO POR TELEFONE

61. CONFORME JOÃO, PACIENTE ATENDIDA E LIBERADA PARA SEU MUNICÁPIO.
62. CONFORME SOLICITAÇÃO TELEFÔNICA.
63. CONFORME SOLICITAÇÃO DA SOTE
64. CONFORME SOLICITADO
65. CONFORME SOLICITADO POR TELEFONE.
66. CONFORME SOLICITANTE. PACIENTE NAO ENCONTRADO NA UNIDADE.
67. CRIL NÃO REGULA
68. DADOS INSUFICIENTES PARA REGULAÇÃO
69. DADOS PESSOAIS ERRADOS
70. DATA DE NASCIMENTO INCORRETO
71. DISCORDA COM A RETENÇÃO DE MACA/RESPIRADOR
72. DISPÕE DE PLANO DE SAÚDE
73. DUPLICIDADE DE LAUDO
74. DUPLICIDADE DE REGULAÇÃO
75. DUPLICIDADE DE SOLICITAÇÃO
76. ELETIVA
77. ELETIVO
78. EMAIL ENVIADO "FAVOR CANCELAR REGULAÇÃO JOÃO COD XXXXXX,

PACIENTE INCOMUNICÁVEL

79. ENF MARIA SOLICITA CANCELAMENTO.
80. ENF JOÃO NOS INFORMA QUE PACIENTE NÃO SAIRÁ DE CURAÍA.
81. ENF. JOÃO DA US INFORMA POR TELEFONE QUE A PACIENTE NÃO QUER A VAGA LIBERADA
82. ENFA MARIA INFORMA QUE PODE LIBERAR A VAGA
83. ENFERMEIRA MARIA INFORMA QUE PACIENTE PROCUROU ATENDIMENTO NA REDE PRIVADA POR CONTA PRÓPRIA.
84. ENFERMEIRA DA UNIDADE DE ORIGEM SOLICITOU CANCELAMENTO
85. ENFERMEIRA MARIA COMUNICA QUE O PACIENTE RECUSOU ATENDIMENTO
86. ENFERMEIRA CANCELOU ,POIS O PACIENTE FOI POR MEIOS PRÁ“PRIOS.
87. EQUIVOCO DE INFORMAÇÕES
88. EQUIVOCO DE PACIENTE.
89. ERRADO
90. ERRO DE DIGITAÇÃO
91. ERRO ESCRITA
92. ERRO NA APROVAÇÃO
93. ERRO NA UNIDADE
94. ERRO NO HOSPITAL QUE IRÁ RECEBÊ-LA

95. ESPÉCIE DA CLÍNICA ESTÁ ERRADO

96. EVADIU-SE

97. EVOLUIU PARA PARTO NA UNIDADE

98. EXAME CANCELADO

99. EXCEDEU O TEMPO

100. EXISTÊNCIA DE OUTRA PACIENTE NA LISTA DE ESPERA HÃ MAIS TEMPO.

101. FALTA DE ATUALIZAÇÃO

102. FALTA DE DADOS

103. FALTA DE TRANSPORTE NA UNIDADE DE ORIGEM

104. FAMÃLIA RECUSA TRANSFERÃNCIA.

105. FAMÃLIA RECUSOU A VAGA.

106. FAMILIA ASSINOU TERMO DE RESPONSABILIDADE E RETIROU O PACIENTE DA UNIDADE HOSPITALAR

107. FAMILIA ASSINOU TERMO DE RESPONSABILIDADE E RETIROU O PACIENTE DESTA UNIDADE HOSPITALAR

108. FAMILIA PROCUROU ASSISTENCIA PARTICULAR POR MEIOS PROPRIOS

109. FAMILIA RETIROU A PACIENTE DA UNIDADE HOSPITALAR

110. FAMILIA RETIROU O PACIENTE DA UNIDADE HOSPITALAR

111. FAMILIA RETIROU O PACIENTE DA UNIDADE POR CONTA PROPRIA
112. FAMILIARES AASINARAM TERMO DE RESPONSABILIDADE E LEVARAM O PACIENTE POR CONTA PROPRIA
113. FAMILIARES ASSINARAM TERMO DE RESPONSABILIDADE E LEVARAM O PACIENTE
114. FAMILIARES ASSINARAM TERMO DE RESPONSABILIDADE E LEVARAM O PACIENTE POR CONTA PROPRIA
115. FAMILIARES E PACIENTE ASSINARAM TERMO DE COMPROMISSO DE RESPONSABILIDADE, E SAIU DA UNIDADE HOSPITALAR
116. FAMILIARES LEVARAM O PACIENTE PARA CASA POR CONTA PROPRIA
117. FAMILIARES LEVARAM O PACIENTE POR CONTA PROPRIA
118. FAMILIARES LEVARAM O PACIENTE SEM AUTORIZAÇÃO MEDICA, PARA OUTRA UNIDADE HOSPITALAR
119. FAMILIARES NÃO ACEITAM A TRANSFERÊNCIA, SEGUNDO A ENFÂ^a MARIA FABIANA
120. FAMILIARES NÃO QUISERAM TRANSFERIR O PACIENTE
121. FAMILIARES RECUSAM TRANFERÊNCIA
122. FAMILIARES RETIRARAM O PACIENTE DESTA UNIDADE HOSPITALAR
123. FAMILIARES SE RECUSARAM A IR A UNIDADE
124. FAMILIARES, LEVARAM O PACIENTE PARA UNIDADE PARTICULAR
125. FEITO NOVA SOLICITAÇÃO PEDINDO UTI PARA A GESTANTE

126. FEITO PARTO NA PROPRIA UNIDADE HOSPITALAR DE ORIGEM
127. FOI POR MEIOS PRÓPRIOS
128. FORNECIDOS DADOS INCORRETOS DO PACIENTE. PACIENTE VÂTIMA DE LESÃO ORTOPÂDICA EM REALIDADE É A GENITORA DA CRIANÇA IDENTIFICADA.
129. GESTANTE ENTROU EM TRABALHO DE PARTO NA UNIDADE HOSPITALAR DE ORIGEM
130. GESTANTE NÃO FOI TRANSFERIDA SEGUNDO INFORMA UNIDADE DE ORIGEM.
131. HOSPITAL ENCAMINHADO FOI HUP.
132. HOSPITAL EQUIVOCADO.
133. HOSPITAL ERRADO
134. HOSPITAL SOTE NÃO É REFERÊNCIA PARA LEITO DE RETAGUARDA E NÃO FAZ INTERNAMENTO CLÂNICO.
135. HUP
136. INTERCORRENCIA CLINICA
137. JÁ CONSEGUIU UM MÉDICO PARA REALIZAR O PROCED.
138. JÁ FOI ENCAMINHADO
139. JÁ FOI REGULADO
140. JA OPERADO.
141. JÁ REGULADA

142. LEITO DE RETAGUARDA
143. MÃFE RECUSOU TRAZER A PACIENTE PARA HMIJ
144. MAPA DE LEITOS
145. MELHORA DO QUADRO CLINICO
146. MUDANÃ§A DE UNIDADE.
147. MUNICÃPIO SOLICITOU CANCELAMENTO VIA EMAIL.
148. N SE ENCONTRA NA UNIDADE
149. NÃ£O COMPARCEU.
150. NÃ£O INTERNOU NA DATA PREVISTA
151. NÃ£O PRECISOU FICAR INTERNADA.
152. NÃ£O PRECISOU FICAR INTERNADO
153. NÃO HOUVE
154. NAO INTERNOU NA DATA PREVISTA
155. NÃO SE INTERNOU NA DATA PREVISTA
156. NEGADA
157. NEGADO PELO MEDICO
158. O PACIENTE NÃ£O NECESSITA MAIS DO TRATAMENTO
159. O PACIENTE RECUSOU TRATAMENTO

160. O RESPONSÁVEL PELA PACIENTE ASSINOU TERMO DE RESPONSABILIDADE E DIRIGIU-SE A CIDADE NATAL, ARARIPINA. DESSA FORMA, CANCELAR SOLICITAÇÃO
161. ÓBITO
162. OCORRÊNCIA SEM ATUALIZAÇÃO POR MAIS DE 48H
163. ORIENTADO A BUSCAR RECURSO NA CENTRAL REGIONAL
164. PACIENTE ASSINOU TERMO DE RESPONSABILIDADE
165. PACIENTE ASSINOU TERMO DE RESPONSABILIDADE, E SE AUSENTOU DA UNIDADE HOSPITALAR
166. PACIENTE COMPARECEU AO SERVIÇO DE ATENDIMENTO, POREM NÃO FOI ACEITO DEVIDO A FALTA DE DOCUMENTAÇÃO PESSOAL
167. PACIENTE CUSTODEADO E NAO TEM ESCOLDA.
168. PACIENTE DEVERÁ SER DEVOLVIDO
169. PACIENTE ENCONTRA-SE NA SOTE, INFORMAÇÃO PASSADO RUDENBERG DA SOTE
170. PACIENTE FOI PARA UNIDADE DE REFERENCIA POR CONTA PROPRIA
171. PACIENTE FOI REGULADO PARA O HU ONTEM. A UNIDADE PEDIU CANCELAMENTO.
172. PACIENTE JA REALIZOU PROCEDIMENTO.
173. PACIENTE JA RECEBEU ALTA DO SERVIÇO
174. PACIENTE JÁ REGULADO

175. PACIENTE JA SE ENCONTRA INTERNADA NO SISTEMA.
176. PACIENTE JÃ¡ ATENDIDO E JÃ¡ RETORNOU Ã CIDADE DE ORIGEM.
(CONTATO COM DR. WILLAM)
177. PACIENTE JÃ¡ ATENDIDO SEM NECESSIDADE DE INTERNAMENTO.
178. PACIENTE JÃ¡ EM PROCEDIMENTO CIRURGICO.
179. PACIENTE JÃ A FEZ PROCEDIMENTO NO TRAUMAS.
180. PACIENTE JÃ INTERNADO NA SOTE
181. PACIENTE NÃ£O COMPARCER NA SOTE ATÃ© O MOMENTO.
182. PACIENTE NÃ£O ESTÃ¡ NA UNIDADE
183. PACIENTE NÃ£O FOI ENCAMINHADO NO TEMPO PREVISTO
184. PACIENTE NÃ£O TEM INTERESSE NA VAGA
185. PACIENTE NÃ£O TEM INTERESSE VAGA. INFORMADO PELA ENFERMEIRA CINTIA.
186. PACIENTE NÃ‰FO COMPARECEU
187. PACIENTE NÃ‰FO ENCONTRADO NA UNIDADE
188. PACIENTE NÃ‰FO NECESSITA MAIS DO RECURSO.
189. PACIENTE NÃ‰FO PODERÃ COMPARCER NA UNIDADE DE REFERENCIA HOJE, ELE IRÃ AGUARDAR NOVAS VAGAS
190. PACIENTE NÃ‰FO SE ENCONTRA NA UNIDADE SOLICITANTE.
191. PACIENTE NÃ‰FO SE ENCONTRA NA UNIDADE.

192. PACIENTE NÃO SERÁ MAIS TRANSFERIDA, SEGUNDO A UNIDADE SOLICITANTE.
193. PACIENTE NÃO ACEITOU E FOI PROCURAR ATENDIMENTO EM OUTRA UNIDADE HOSPITALAR
194. PACIENTE NÃO ENCONTRADO NA UNIDADE
195. PACIENTE NÃO QUIS SER TRANSFERIDO
196. PACIENTE NÃO SE INTERNOU NA DATA PREVISTA
197. PACIENTE PROCUROU ATENDIMENTO POR CONTA PRÃ“PRIA.
198. PACIENTE PROCUROU O SERVIÃŠO NA CIDADE DE ORIGEM.
199. PACIENTE PROCUROU OUTRA UNIDADE POR MEIOS PRÃ“PRIOS
200. PACIENTE PROCUROU TRATAMENTO POR MEIOS PRÃ³PRIOS.
201. PACIENTE PROCUROU UNIDADE DE REFERENCIA POR CONTA PROPRIA
202. PACIENTE RECEBEU ALTA .
203. PACIENTE RECEBEU ATENDIMENTO DE EMERGÃŠNCIA E FOI LIBERADO.
204. PACIENTE RECUSA IR PARA SOTE, SEGUNDO CONTATO TELEFÃ’NICO.
205. PACIENTE RECUSA TRANSFERÃ§ÃNCIA.
206. PACIENTE RECUSA TRATAMENTO
207. PACIENTE RECUSA VAGA.

208. PACIENTE RECUSA-SE A SER TRANSFERIDA.
209. PACIENTE RECUSOU ATENDIMENTO
210. PACIENTE RECUSOU DO SERVIÇO
211. PACIENTE REGULADO SOTE
212. PACIENTE SE RECUSOU A SE DESLOCAR PARA A REFERENCIA.
213. PACIENTE SE RECUSOU AO TRATAMENTO.
214. PACIENTE SEM CONDIÇÕES DE TRANSPORTE
215. PACIENTE SEM LOCALIZAÇÃO CONFORME A UNIDADE SOLICITANTE
216. PACIENTE TEVE ALTA
217. PARIU NA UNIDADE
218. PARTO REALIZADO SEM INTERCORRÊNCIAS NA PRÓPRIA UNIDADE.
219. PCTE NAO PRECISA MAIS DO ATENDIMENTO
220. PCTE RECUSA CONFORME A ENFERMEIRA
221. PEDIDO DO SOLICITANTE
222. PELA CENTRAL ESTADUAL
223. PELO EXECUTANTE
224. PELO MR

- 225. PELO REGULADOR
- 226. PELO SOLICITANTE
- 227. PERFIL NÃO COMPATÍVEL COM A SOLICITAÇÃO
- 228. POR SOLICITAÇÃO DA UNIDADE POR TELEFONE
- 229. PROBLEMA NO SISTEMA.
- 230. PROCEDIMENTO
- 231. PROCEDIMENTO CONTRA-INDICADO PELO ESPECIALISTA
- 232. PROCEDIMENTO EQUIVOCADO
- 233. PROCEDIMENTO JÁ REALIZADO NA UNIDADE DE ORIGEM.
- 234. PROCEDIMENTO JÁ REALIZADO NO HUP.
- 235. PROCEDIMENTO PREVISTO NO CONTRATO DA UNIDADE
- 236. PROCUROU ATENDIMENTO POR MEIOS PRÓPRIOS.
- 237. PROCUROU OUTRA UNIDADE POR MEIOS PRÓPRIOS.
- 238. QUADRO RESOLVIDO NA UNIDADE
- 239. REALIZADO ATENDIMENTO NA URGÊNCIA E LIBERADO DO SERVIÇO.
- 240. RECURSO AINDA NÃO REGULADO PELA CER
- 241. RECUSA DO PACIENTE
- 242. RECUSOU TRANSFERENCIA

243. REFAZER SOLICITAÇAO COM MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
244. REFERENCIA EQUIVICADA
245. REFERENCIA ERRADA
246. REMOVIDO POR MEIOS PRÓPRIOS
247. RESOLUÃ‡ÃO DO QUADRO NA PRÃ“PRIA UNIDADE. A MESMA SOLICITA CANCELAMENTO A PEDIDO.
248. RESOLUÇÃO NA UNIDADE
249. RESOLUTIVIDADE NO LOCAL
250. RESOLUTUVIDADE NO LOCAL
251. RESOLVIDO NA UNIDADE SOLICITANTE
252. RETENÇAO DE MACA
253. SEGUNDO ENF ISABELA, PACIENTE PROCUROU OUTRO SERVIÃ‡O.
254. SEGUNDO ENF MABI, PACIENTE PROCUROU OUTRO SERVIÃ‡O.
255. SEGUNDO ENFERMEIRA QUADRO CLINICO DIVERGENTE.
256. SEGUNDO ENFERMEIRO LEONARDO, FAMILIARES NEGARAM A VAGA.
257. SEM ESPERAR A REGULAÇÃO
258. SEM PACTUAÇÃO
259. SEM VAGA

260. SENHA EXPIROU
261. SEXO PACIENTE ERRADO
262. SFSF
263. SOLICITAÇÃO DUPLA
264. SOLICITAÇÃO FEITA PELO MUNICÍPIO DE ORIGEM VIA TELEFONE
265. SOLICITAÇÃO CANCELADA A PEDIDO DA UNIDADE SOLICITANTE.
266. SOLICITAÇÃO CANCELADA PARA SER REFEITA
267. SOLICITAÇÃO EM DUPLICIDADE
268. SOLICITADO COMO AIH ELETIVA
269. SOLICITO CANCELAMENTO A PEDIDO DO PACIENTE QUE DECIDIU PROCURAR UM SERVIÇO PRIVADO MESMO APÓS APROVAÇÃO DA REGULAÇÃO
270. SOLUCIONADO
271. SOLUCIONADO NA UPA.
272. SOTE NÃO FAZ O PROCEDIMENTO
273. TELEFONISTA ALCIONE LIGOU PRA REGULADÃO INFORMANDO QUE FAMILIARES TOMOU OUTRAS MEDIDAS
274. TEVE PROBLEMA COM O CARTAO SUS
275. TFD

- 276. TRANSFERIDO
- 277. TRATAMENTO CONSERVADOR
- 278. TRATAR INFECÇÃO
- 279. UNIDADE COM PROCEDIMENTO INDISPONIVEL
- 280. UNIDADE DE ORIGEM SOLICITOU CANCELAMENTO
- 281. UNIDADE NÃO ATENDE CASOS DE EMERGÊNCIA, SÁ" ELETIVAS.
- 282. UNIDADE SOLICITANTE NÃO ENVIOU O PACIENTE
- 283. UNIDADE SOLICITANTE POSSUI RECURSO SOLICITADO

**APÊNDICE B - LISTA DE MOTIVOS DE CANCELAMENTO DA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAMENTO APÓS REAGRUPAMENTO DO ANEXO A**

1. AGUARDANDO VAGA
2. ALTA HOSPITALAR
3. APROVAÇÃO INDEVIDA
4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL
5. ATENDIMENTO JÁ FOI REALIZADO
6. ATENDIMENTO REALIZADO NA UNIDADE DE ORIGEM
7. ATENDIMENTO/PROCEDIMENTO NÃO REALIZADO NA UNIDADE
8. ATENDIMENTO/TRATAMENTO RECUSADO
9. CANCELAMENTO POR FALTA DE CONTATO
10. CONFORME SOLICITAÇÃO POR EMAIL/TELEFONE
11. CONFORME SOLICITAÇÃO POR TELEFONE
12. DESISTÊNCIA
13. DEVOLVIDO
14. DISCORDA COM A RETENÇÃO DE MACA/RESPIRADOR
15. DUPLICIDADE
16. ERRO DE DIGITAÇÃO
17. EVADIU-SE

18. EXCEDIDO OS CARACTERES
19. FALTA DE DADOS/ATUALIZAÇÃO
20. FALTA DE TRANSPORTE
21. JÁ REGULADO
22. MELHORA DO QUADRO CLINICO
23. NÃO COMPARCEU
24. NÃO HOUVE
25. NÃO REGULADO PELA CRIL
26. NÃO SE ENCONTRA NA UNIDADE
27. ÓBITO
28. OUTRO SERVIÇO HOSPITALAR
29. PERFIL NÃO COMPATÍVEL COM A SOLICITAÇÃO
30. PROCEDIMENTO
31. PROCEDIMENTO CONTRA-INDICADO
32. REALIZADA NOVA SOLICITAÇÃO
33. RECUSA DE TRANSFERÊNCIA
34. REMOVIDO POR MEIOS PROPRIOS
35. RETENÇÃO DE MACA

36. SEM MOTIVO EXPLICADO

37. SEM PACTUAÇÃO

38. SEM VAGA

39. SENHA EXPIROU

40. SOLICITADO COMO AIH ELETIVA

41. TFD

42. TRANSFERIDO

43. TRATAMENTO CONSERVADOR

44. VAGA RECUSADA

ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Acesso aos leitos hospitalares da Rede Pernambuco/Bahia entre os anos de 2014 a 2018.

Pesquisador responsável: Ronald Pereira Cavalcanti

Instituição/Departamento de origem do pesquisador: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE- CAV)

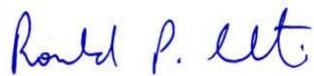
Telefone para contato: 99949-1632

E-mail: ronald.cavalcanti@ufpe.br

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de:

- Garantir que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/UFPE e que os dados coletados serão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa;
- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los;
- Garantir o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais, além do devido respeito à dignidade humana;
- Garantir que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão anexados na Plataforma Brasil, sob a forma de Relatório Final da pesquisa;

Vitória de Santo Antão, 22 de setembro de 2020 .



Pesquisador Responsável

ANEXO B - CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS



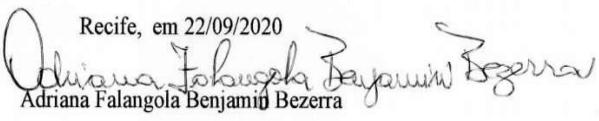
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) a pesquisador (a) **Sandy Guedes Pereira**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Acesso aos leitos hospitalares da Rede Pernambuco/Bahia entre os anos 2014 a 2018**, que está sob a orientação do(a) Prof. (a) **Ronald Pereira Cavalcanti**, cujo objetivo é **Analizar o acesso aos leitos através da Central de Regulação Interestadual de Leitos da Rede Pernambuco/Bahia, no período de 2014 a 2018**, nesta Instituição, bem como cederemos o acesso aos dados de base de dados de pesquisa para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, em 22/09/2020

 Adriana Falangola Benjamin Bezerra
 Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição
Prof. Adriana Falangola
Dept. Medicina Social
UFPE

ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS DE PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

AUTORIZAÇÃO DE USO DE ARQUIVOS/DADOS DE PESQUISA

Declaramos para os devidos fins, que cederemos ao/à pesquisador/a Sandy Guedes Pereira, o acesso aos arquivos de base de dados de pesquisa para serem utilizados na pesquisa: Acesso aos leitos hospitalares da Rede Pernambuco/Bahia entre os anos 2014 a 2018, que está sob a orientação do/a Prof/a. Ronald Pereira Cavalcanti.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o(a) mesmo(a) a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar o Parecer Consustanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.


 Adriana Falangola Benjamin Bezerra
 Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição ou pessoa por ele delegada

**Prof. Adriana Falangola
Deptº Medicina Social
UFPE**

ANEXO D - SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DE TERMO LIVRE E ESCLARECIDO

Solicitação de dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto: ACESSO AOS LEITOS HOSPITALARES DA REDE PERNAMBUCO/BAHIA ENTRE OS ANOS DE 2014 A 2018.

Pesquisador responsável: Ronald Pereira Cavalcanti

Motivos

A pesquisa em tela realizou a coleta de dados que está sob posse da coordenação do projeto de pesquisa sob responsabilidade de Adriana Falangola Benjamin Bezerra. A coleta de dados do referido projeto foi realizado através dos diferentes sistemas de informação das distintas regulações envolvidas (Pernambuco/Bahia). Portanto, não haverá qualquer coleta de dados primários e serão coletados apenas dados secundários, cedidos pela própria regulação além de que não constarão informações no banco de dados que identifiquem o usuário. Portanto, solicito dispensa do TCLE.

Cordialmente,

Vitória de Santo Antão, 21 de outubro de 2020.


Ronald Pereira Cavalcanti
Pesquisador responsável