

Análise Situada do Funcionamento do Sistema de Regulação de Consultas e Exames no Município do Rio de Janeiro

Introdução

Em geral, há uniformidade sobre a visão de como os sistemas de saúde devem responder aos anseios e necessidades da população. O sistema deve ser universal, equânime, efetivo e eficiente. A organização dos sistemas de saúde deverá, portanto, encontrar modelos que viabilizem estes objetivos, modelos cujos princípios articulem claramente os resultados que querem garantir.

Os sistemas de saúde com melhores desempenhos no mundo são organizados a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). Esta segue, mundialmente, alguns princípios essenciais: atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e a coordenação do cuidado. Além desses, há outros atributos derivados como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Dessa forma, países que adotaram a APS como ordenadora do sistema apresentaram melhores resultados de eficiência (STARFIELD e SHI, 2002). Embora todos os atributos da atenção primária sejam importantes para o cuidado, o atributo coordenação é essencial para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A operacionalização da RAS dá-se a partir da articulação dos diferentes pontos, incluindo unidades básicas de saúde (UBS), os serviços de atenção secundária e terciária e os de apoio diagnóstico e terapêutico, de forma a contribuir para o alcance da integralidade da atenção à saúde. Há grande e crescente interesse em se estudar e comparar os diferentes modelos, principalmente na Europa (SALTMAN, RICO e BOERMA, 2006), que baseiam seus sistemas de saúde num forte componente de APS. Embora haja diferenças na organização e na maturidade dos processos, a maioria deles têm em comum a opção por ter uma APS forte com objetivo de coordenar a rede de saúde.

No Brasil, a APS teve sua expansão a partir de 1994 com a criação do Programa de Saúde da Família e, posteriormente, em 2006 com seu desenvolvimento para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a partir do modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) (SOUZA, 2003; NUNES, TRAD, et al., 2002).

Com a expansão da cobertura da APS no Brasil, houve aumento significativo no acesso da população aos serviços de saúde. É descrito na literatura que as equipes de APS são capazes de manejar 80 a 90% dos problemas mais prevalentes na população sob sua responsabilidade (OPAS, 1978; STARFIELD, 2002). Em contrapartida, a expansão da APS impulsiona a demanda à atenção secundária e terciária para dar conta dos casos em que são referenciados a partir da APS. A regulação em saúde surge como uma necessidade para organização e racionalização do acesso aos serviços de saúde secundários e terciários.

Nesse sentido, a Política Nacional de Regulação foi instituída pela portaria nº 1.559, de 1ª de agosto de 2008 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) e visa normatizar as responsabilidades das esferas de governo e estruturas regulatórias. A política nacional traz diretrizes gerais, permitindo que cada município ou consórcios regionais organizem o desenho da rede assistencial bem como os complexos regulatórios. Normalmente, os complexos incluem três centrais de regulação, a saber: ambulatorial, internação hospitalar e urgência e emergência. Os sistemas fragmentados, de especialistas em pontos não coordenados, não são eficientes para o cuidado da maioria dos problemas de saúde e não respondem adequadamente às necessidades dos pacientes que precisam de cuidados mais complexos (ALMEIDA, GÉRVAS, et al., 2013).

Assim, o papel da APS como ordenadora da relação entre os pontos da rede é fundamental para a organização de um sistema de saúde que responda às necessidades da população e gere resultados para a sociedade. Neste contexto, uma orientação do sistema de regulação de consultas e exames, a partir da APS, é mecanismo imprescindível para alcançar os resultados das RAS.

Influenciada pelas reformas dos sistemas de saúde de Portugal, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro reestruturou a regulação ambulatorial no Município do Rio de Janeiro (SORANZ e PISCO, 2017). O modelo de regulação passou a ser descentralizado para cada centro municipal de saúde. Com isso, essas unidades passaram a contar com pelo menos um médico regulador, que é um dos médicos integrantes das equipes de saúde da família.

A APS passa, portanto, a decidir o momento em que o usuário necessita acessar os demais níveis de atenção. Todos os exames complementares ou encaminhamentos de especialidades passam a ser inseridos no sistema de regulação a partir da APS. Contudo, estudos sobre a coordenação do cuidado ainda são escassos (VARGAS et al., 2016).

A partir de 2009, o Município do Rio de Janeiro (MRJ), que se caracterizava por baixa cobertura de APS, iniciou uma reforma do sistema de saúde com base nos cuidados em atenção primária, elevando a cobertura de 7% em 2009 para 70% em 2016 (SORANZ, 2017). Dentre as principais diretrizes da reforma destaca-se a coordenação do cuidado a partir da APS, incluindo-se aí a regulação das consultas e exames feita pelos médicos de família da unidade básica de saúde.

A Regulação Ambulatorial no Município do Rio de Janeiro até 2009, segundo Pinto et al (2017) ocorria com o usuário munido do formulário de encaminhamento preenchido por seu médico e responsável por encontrar a vaga para o procedimento desejado, gerando dificuldades de agendamento dos procedimentos para o usuário. A partir da reforma organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), foi possível a utilização do Sistema Nacional de Regulação do Ministério da Saúde para um número maior de unidades.

Nesse sentido, o estudo buscou entender como a Política Nacional de Regulação do SUS se reflete na reforma do sistema de saúde do município do Rio de Janeiro, ocorrida a partir de 2009, e seus efeitos mais significativos no acesso da população aos serviços da RAS. Partindo da análise do sistema de regulação como prescrito, este estudo destacará os nós

críticos, desafios enfrentados e oportunidades de melhoria no funcionamento do sistema de regulação no Município do Rio de Janeiro relacionados a coordenação do cuidado.

Diante deste cenário, o escopo do estudo teve como objeto principal identificar aspectos da prática da regulação ambulatorial realizada pelos médicos reguladores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) após a descentralização da regulação ambulatorial no município do Rio de Janeiro.

2 Metodologia

O presente estudo tem característica exploratória e descritiva, de natureza qualitativa. procedimento de coleta de dados adotado segue o estudo de caso, além de levantamento documental e revisão bibliográfica narrativa, tendo como fontes de informação as entrevistas realizadas durante o estudo de campo e pesquisa documental.

A revisão narrativa da literatura e análise de documentos de acesso público e irrestrito foram relacionadas ao tema de regulação do acesso à RAS, como arcabouço legal e normativo, portarias, protocolos clínicos, manuais de serviço e outros documentos públicos que forneçam subsídios para uma modelagem do funcionamento prescrito do sistema de regulação e da implementação da Política Nacional de Regulação do SUS.

Para a elaboração da revisão narrativa da literatura foram realizadas buscas bibliográficas nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no PubMed utilizando os descritores: “regulação ambulatorial” AND “atenção primária”; “healthcare coordination” AND “primary health care”. Após as buscas com leituras dos resumos dos textos foram identificadas as publicações de maior interesse ao estudo.

Quanto ao levantamento documental sobre a regulação ambulatorial, estabeleceu-se um conjunto de documentos formulados pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro - Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, disponíveis eletronicamente nas páginas oficiais destes órgãos, de diversas tipologias, tais como políticas, deliberações, manuais, protocolos, folders e guias.

Embora alguns deles não apresentem datas, o período destas publicações foi compreendido entre 2008 e 2016.

O estudo envolveu ainda entrevistas semiestruturadas, presenciais com os médicos reguladores de unidades básicas de saúde e coordenadores do nível central da SMS, sendo cada unidade localizada em uma área programática de saúde do Município do Rio de Janeiro. A partir desta amostra, o grupo de pesquisa do estudo definiu as unidades com maior viabilidade para iniciar a construção de uma abordagem piloto da pesquisa. Três unidades fizeram parte da abordagem piloto para validação do questionário semiestruturado de entrevista.

Havendo poucas alterações no mesmo, o material foi consolidado e agregado aos resultados da pesquisa. Os dados coletados foram codificados utilizando ferramentas analíticas qualitativas (STRAUSS e CORBIN, 1998; MINAYO, 2014).

Para a entrevista, os profissionais que aceitaram participar expressaram sua concordância por meio de termo de consentimento livre e esclarecido, seguindo as recomendações da Resolução nº 506/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

Vale ainda ressaltar que o projeto do estudo foi apreciado e aprovado pelo comitê de ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

□ **2.1 Coleta de Dados**

A abordagem de entrada no campo teve como método a apresentação dos entrevistadores e da pesquisa nas unidades básicas de saúde selecionadas para entrevista piloto, e posterior contato por meio telefônico com médicos reguladores para realização das entrevistas. Desta forma, um entrevistado indicava outros atores para participar do estudo, utilizando o tipo de amostra não probabilística que utiliza cadeias de referências, denominada “bola de neve”, útil para estudar grupos difíceis de serem acessados. Configura-se como um processo de permanente coleta de informações, que se beneficia das redes sociais dos

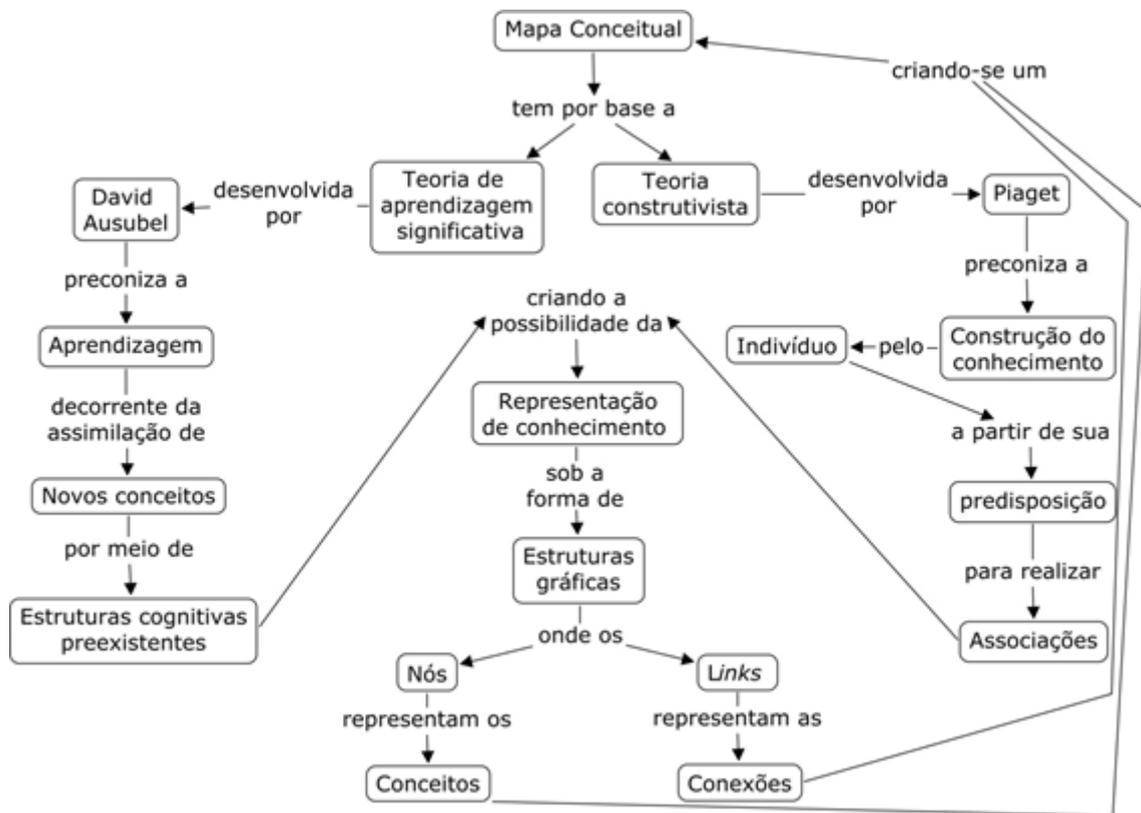
entrevistados identificados que amplia cada vez mais os contatos potenciais, podendo ter o seu processo finalizado a partir do critério de ponto de saturação (VINUTO, 2016).

Ao menos dois pesquisadores participam de cada entrevista, e utilizaram como instrumentos caderno de campo e gravador. Para início da codificação e sistematização dos dados, ao sair de cada unidade os pesquisadores realizaram uma síntese dos principais achados de cada entrevista.

□ 2.2 Análise dos Dados

A análise do material e desenvolvimento da discussão ocorreu em reuniões do grupo de pesquisa composto por profissionais das áreas da saúde e da engenharia. No intuito de facilitar a assimilação e o compartilhamento dos resultados, foi utilizada a metodologia de mapeamento conceitual desenvolvida por Novak na década de 70 (NOVAK, 1998), Figura 1. De acordo com Novak e Cañas (2008), mapas conceituais são “ferramentas gráficas para organização e representação de conhecimento”. Essa metodologia refere-se à representação do conhecimento por meio de estruturas gráficas onde os conceitos são representados por links e deste conjunto obtém-se proposições. Do agrupamento destes conceitos consegue-se um esquema visual onde os nós representam os conceitos e seus arcos (links) simbolizam as ligações entre os diversos conceitos.

Figura 1: Apresentação do conceito de Novak (1998). Fonte: d'Avila, 2015



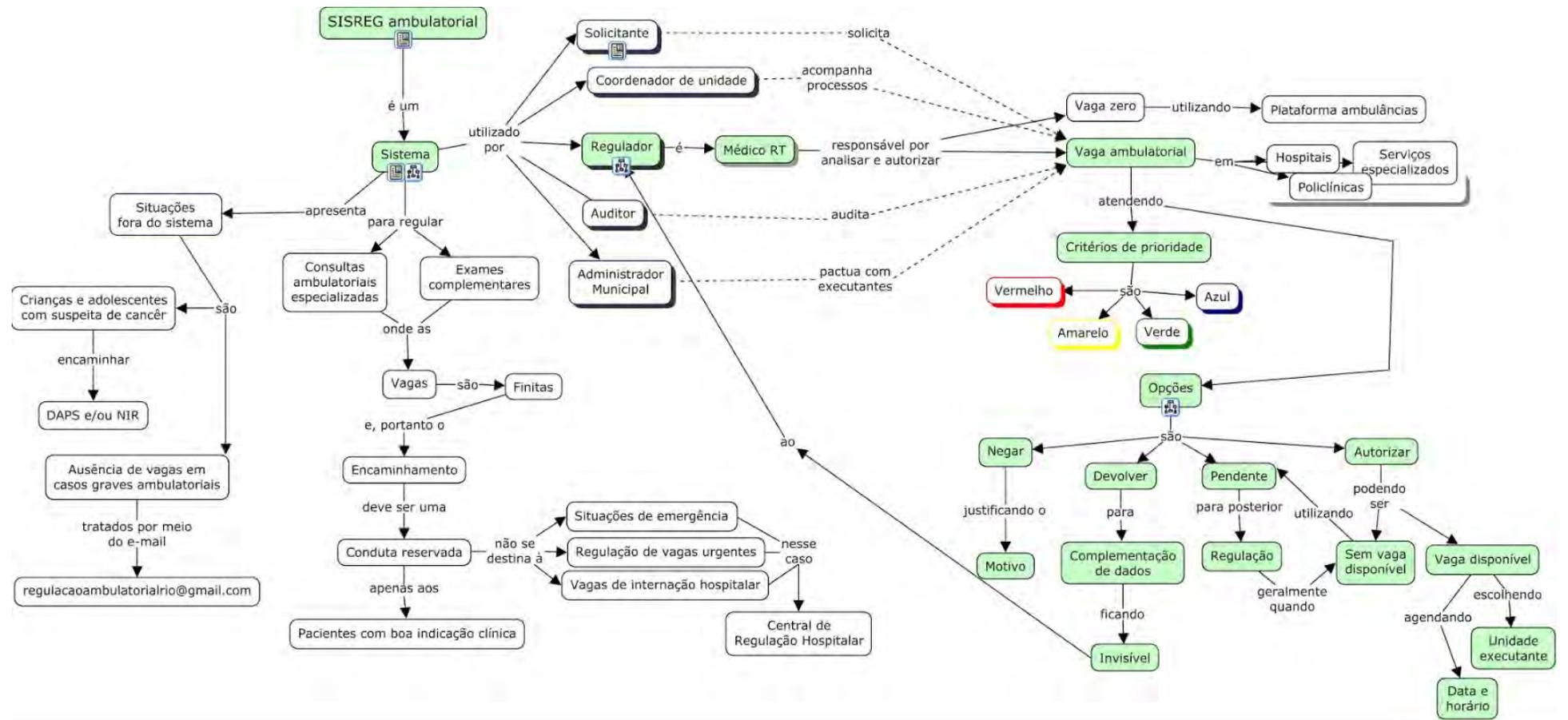
Estas estruturas gráficas dos conceitos, que denominamos de mapas conceituais seguiram o método de mapeamento conceitual de Novak e foram elaborados utilizando a ferramenta CmapTools, desenvolvida e compartilhada pelo Florida Institute for Human & Machine Cognition, disponibilizada por meio de sua página na internet (<http://ihmc.us>).

Desta forma, tanto seguindo ao método de Novak, quanto propondo um formato que auxiliasse o desenvolvimento não só dos mapas, mas também o atendimento dos objetivos pretendidos, os mapas conceituais do estudo foram desenvolvidos em dois níveis: 1º - mapa geral do processo prescrito de regulação e 2º - mapas das entrevistas efetuadas pelo estudo.

a) 1º nível – Mapa geral do processo de regulação prescrito

O mapa conceitual geral do processo de regulação prescrito (Figura 2), desenvolvido a partir do material descritivo coletado durante todo o processo de levantamento de informações, reflete a ideia de como o processo de regulação foi idealizado na sua concepção. Serve de modelo comparativo para verificação de adequação aos padrões de funcionamento.

Figura 2 - Mapa conceitual geral do processo de regulação prescrito



b) 2º nível – Mapas das entrevistas

O roteiro semiestruturado, elaborado a partir das entrevistas com os gestores do sistema, foi utilizado para guiar as entrevistas com os médicos reguladores, atingindo um total de quatorze médicos em doze entrevistas. Para as entrevistas foram elaborados mapas conceituais respondendo às seguintes questões foco: “Como é a prática da regulação ambulatorial na sua unidade?” (Figura 3); “Como você avalia a descentralização da regulação no MRJ?” (Figura 4);

Figura 3 - Mapa conceitual de entrevista Como é a prática da regulação ambulatorial na sua unidade? Fonte:

elaboração própria do estudo.

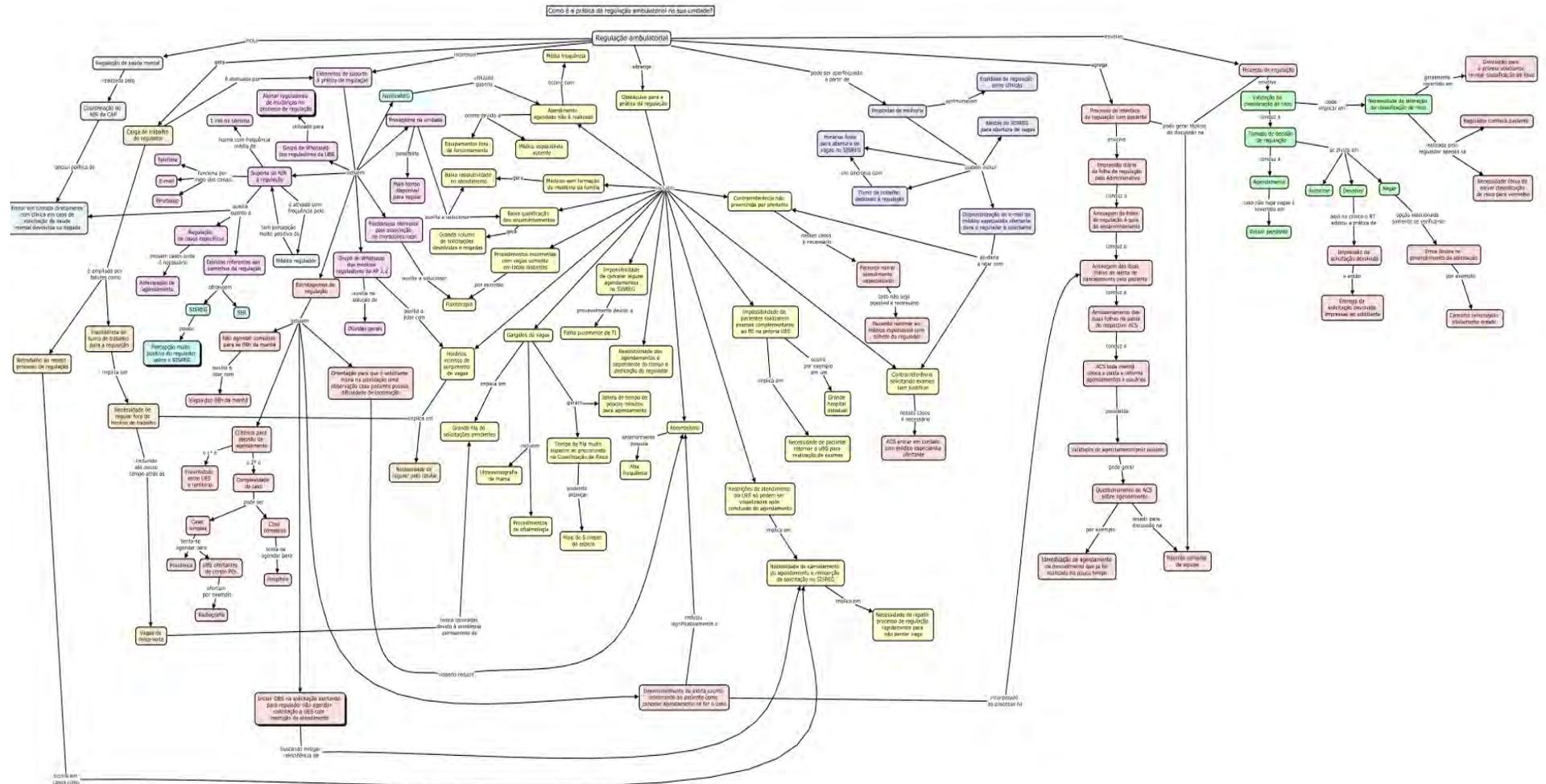
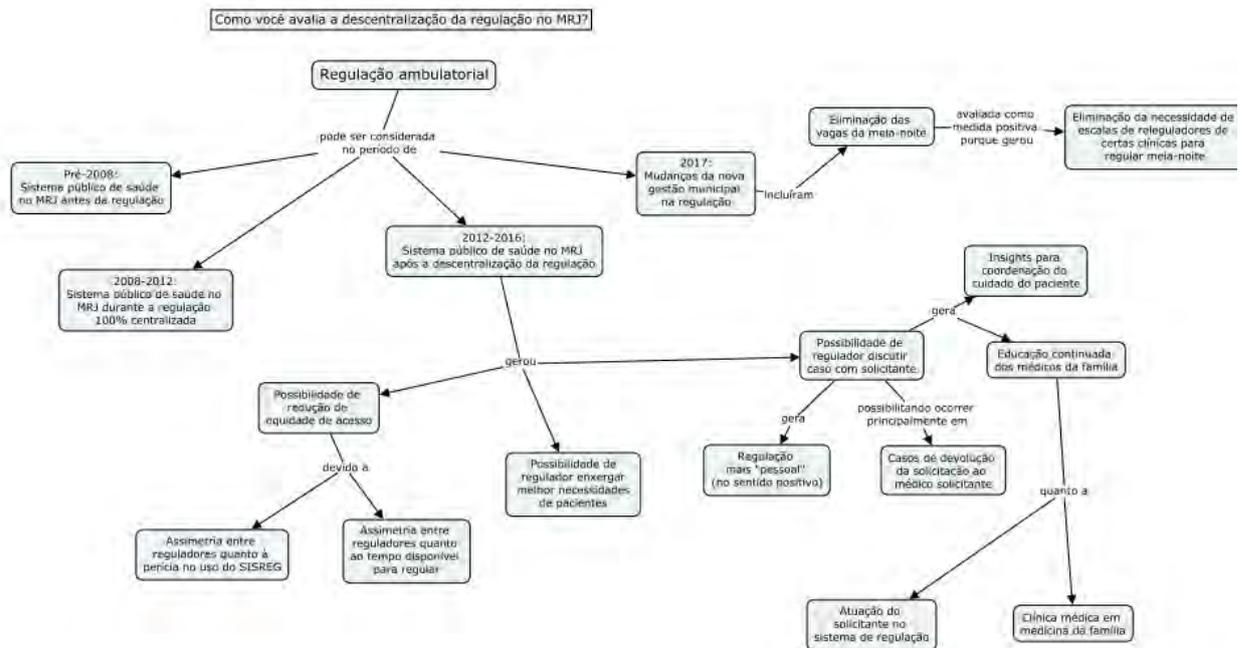


Figura 4 - Mapa conceitual de uma entrevista Como você avalia a descentralização da regulação no MRJ?

Fonte: elaboração própria do estudo.



Ainda nesta etapa, para facilitar a compreensão dos mapas foi desenvolvido um código de cores para destacar o processo prescrito da regulação, particularidades da atividade/operação da regulação, obstáculos à prática da regulação, elementos de suporte à prática de regulação, propostas de melhoria à regulação, carga de trabalho do regulador e sistemas e aspectos de TI na regulação.

Todas as figuras esquemáticas não só refletem o conhecimento adquirido, como pretendem-se tornar ferramenta para a continuidade dos estudos na área, tendo em vista sua estrutura colaborativa e arquitetura modular, permitindo sua continuidade e extensão.

□ 2.3 Limitações

Os resultados do estudo estão limitados à representatividade da abordagem qualitativa escolhida, cuja amostra apresentou sinais de saturação com o 14^a médico regulador entrevistado. Ressalta-se ainda que, no período de realização das entrevistas houve uma greve

dos médicos da atenção primária do município, o que tornou o quadro ainda mais complexo, além do período do estudo compreender a transição da gestão municipal.

Naturalmente, a validade dos resultados de qualquer estudo descritivo é função, dentre outros fatores, da representatividade da amostra de elementos. Assim, o dimensionamento da amostra de Unidades Básicas de Saúde (UBS) visitadas e a observância quanto à distribuição pelas várias áreas programáticas (AP) do município permite uma representatividade por mapeamento de elementos do sistema, mas não por prevalência destes elementos no mesmo.

Sendo assim, a amostra selecionada não permite realizar inferências sobre a prevalência de certas características da atividade de regulação encontram-se na população de agentes reguladores no MRJ. Ainda assim, permite o mapeamento de grande parte dos elementos-chave do funcionamento real do sistema. Adicionalmente, parece razoável admitir que estes elementos possuem relevância mesmo no caso de ocorrência singular dos mesmos, já que cada UBS é responsável por regular o encaminhamento de algumas dezenas de milhares de pessoas, em média.

Vale ressaltar que a descrição sobre o processo de regulação na atenção básica está majoritariamente relacionada ao relato dos médicos reguladores nas entrevistas realizadas, uma vez que a observação direta da atividade de regulação e do uso das ferramentas de Tecnologia da Informação ocorreu de forma pontual. Desta forma, afirma-se aqui a importância de acompanhar este processo de trabalho e da impressão de outros atores que fazem parte do mesmo, como os ACS e usuários, assim como o processo de trabalho dos médicos prestadores de procedimentos especializados.

3 Resultados

Os resultados aqui apresentados têm base no trabalho de campo, revisão de literatura com a análise dos principais documentos e comunicação oficial da secretaria municipal de saúde do MRJ, além do contexto da regulação ambulatorial pela perspectiva do médico

regulador da Unidade Básica de Saúde (UBS). Tal perspectiva mapeada nos mapas conceituais é apresentada por classes de conceitos e dão contornos às principais dimensões relatadas nas entrevistas. Desta forma, e seguindo a proposta de metodologia qualitativa, os resultados apresentam apontamentos que revelam conhecimentos e modos de realização da regulação descentralizada nas UBS pelos médicos reguladores.

Os entrevistados ressaltaram a importância de mais discussões e estudos sobre a temática, ratificando o interesse nos resultados da pesquisa. Este interesse dos médicos reguladores aponta a necessidades de mais espaços para troca de informações e experiências entre os reguladores. A atuação do médico como regulador, ocorre de forma simultânea a diversas atividades.

Assim o médico busca reservar um momento da sua rotina na unidade dia para organizar suas atribuições de regulador. Seja para descobrir novos caminhos de acesso a um procedimento específico ou para verificar abertura de novas vagas e agendá-la no Sistema Informatizado de Regulação (SISREG).

□ **3.1 Revisão da Literatura**

A revisão de literatura apresenta a análise dos principais documentos norteadores da regulação municipal, a comunicação oficial dos entes da federação e a análise da literatura científica - subdividida em dois tópicos: a APS como porta de entrada do sistema e coordenadora do cuidado nas RASs; e a regulação ambulatorial no caso do MRJ.

■ **3.1.1 A APS como porta de entrada do sistema e coordenadora do cuidado nas RAS.**

Giovanella, em estudo sobre as reformas organizacionais do primeiro nível de atenção em países da União Europeia na década de 90, aponta algumas medidas que contribuem para a coordenação da atenção primária, entre elas a definição de uma equipe multidisciplinar que possa ser responsável pela condução dos pacientes no emaranhado da rede assistencial. Sendo que para o principal ator da atenção primária, no caso daqueles países seria o generalista, “o

efetivo exercício do papel de coordenação dos cuidados implica superar importante desafio de encontrar equilíbrio adequado entre as funções clínicas e gerenciais” (GIOVANELLA, 2006).

A centralidade da coordenação do cuidado pela APS destaca-se na literatura nacional e internacional, especialmente por sua forte associação com a ampliação do acesso, continuidade do cuidado, qualidade e satisfação na atenção prestada, melhor uso dos recursos financeiros disponíveis (BOUSQUAT et al., 2017).

Segundo Vargas et al (2016) e Bousquat et al (2017) existem três tipos de coordenação do cuidado: a coordenação da informação, que envolve a transferência e o uso da informação clínica do paciente para a coordenação das atividades entre os provedores de serviços; coordenação de gerenciamento clínico ou a prestação de cuidados de saúde em uma forma sequencial e complementar, e a coordenação administrativa, ou coordenação do acesso do paciente para a continuidade dos serviços conforme a sua necessidade.

É necessário que as RAS possuam uma estrutura operacional composta de um modelo de governança capaz de alinhar as atividades da APS com os demais pontos da rede, a partir de um centro de comunicação que possa coordenar os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção situados na APS, e que sejam apoiados por sistemas de suporte (diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação) e sistemas logísticos (cartão do usuário, prontuários clínicos, transporte de pacientes, sistema de regulação ao acesso de cuidados), (MENDES, 2011).

O estudo de Vargas et al (2016), que consiste em uma análise comparativa entre Colômbia e Brasil, aponta um conjunto de problemas referenciados pelos entrevistados acerca da coordenação do cuidado, que mesmo que não representem a totalidade das regiões destes países, são significativos e auxiliam na compreensão da coordenação do cuidado, conforme pode observar-se abaixo:

- Informações insuficientes registradas em formulários de referência e contra referência e registros clínicos compartilhados, dificultando o acompanhamento pela falta de acesso ao diagnóstico e tratamento, conduzindo a reinício de procedimentos para o diagnóstico e levando a atrasos no início do tratamento.
- Acesso limitado dos usuários a todos os níveis da assistência, somado a inadequados encaminhamentos para o nível secundário e seguimentos dos casos pela APS.
- A fragmentação severa da provisão e a instabilidade da rede de atenção dificulta a transferência de informações clínicas, a comunicação direta e a colaboração entre os provedores de serviços.
- Interesses econômicos que trabalham contra a integração da rede versus a insuficiente capacidade dos municípios em exercer suas funções na organização de redes, somados a interesses políticos partidários.
- Emprego e condições de trabalho inadequados para a realização da coordenação em todos os níveis de cuidado.
- Tempo insuficiente para o uso dos mecanismos de coordenação do cuidado devido a fatores relacionados à carga de trabalho excessiva devido a insuficiência de recursos humanos (caso Brasil) e ao pagamento por produção que incentiva reduzir o tempo de consulta e não remunera o tempo gasto com no uso dos mecanismos de coordenação, como o preenchimento de referências e contra referências ou diretrizes clínicas (caso Colômbia).
- Obstáculos das centrais de regulação no Brasil: ausência de informações sobre para qual unidade de saúde o usuário deve se direcionar, obrigando-os a encontrar um centro para tratá-los; falta ou programação inadequada de compromissos; encaminhamento de pacientes para centros errados; longos tempos de espera; e nenhuma coordenação entre os diferentes centros de referência que existem e em uma mesma rede.
- Treinamento inadequado e não contínuo dos profissionais, e particularmente no Brasil pela presença de perfis profissionais inapropriados (especialistas em áreas de nível secundário atuando como médicos de família), que conduzem a realização de referências inadequadas, pois a alta especialização em medicina os leva a seres menos capazes de resolver problemas na APS, não compreendem ou subestima o papel dos cuidados primários, não predispondo a prestar apoio, compartilhar informações para o monitoramento.

- A fraca percepção de coordenação de acesso no Brasil, percebida pela ocorrência de acessos dos usuários em pontos de entradas alternativos em serviços de emergência e acesso direto a especialistas, em especial ocasionados pela falta de cobertura pela APS ou a ausência de médicos nas equipes e demora no acesso aos níveis secundários.

■ 3.1.2 A regulação ambulatorial no Caso RJ:

O estudo de Lapão et al (2017) evidenciou como uma das estratégias para avanços da APS na coordenação das RAS, a implantação do Protocolo Regulador, que junto com os prontuários eletrônicos, também implantados, permitiram a coordenação do cuidado dos usuários para outros pontos de atenção.

Rocha (2015), em seu estudo reconhece como avanços na regulação assistencial do município do Rio de Janeiro: a implantação do SISREG como principal ferramenta; estabelecimento, revisão, divulgação e pactuação de novos fluxos e protocolos para solicitantes e reguladores, com comunicação aos serviços de referências; aumento do acesso dos cidadãos com a expansão da APS; implantação da plataforma “Onde ser atendido” georreferenciando cada endereço a um estabelecimento da APS; descentralização da regulação dos procedimentos especializados para a APS designando a função para os médicos responsáveis técnicos; redução dos tempos de espera para algumas consultas e procedimentos (oftalmologia geral, obstetrícia em alto risco e mamografia bilateral-rastreamento).

Por outro lado, a autora apresenta, na conclusão ao seu estudo, alguns entraves para auxiliar na busca de soluções, tais como (ROCHA, 2015):

- Inadequação na oferta, havendo um descompasso entre a oferta e a demanda de vagas;
- Insuficiente negociação/regulação dos prestadores privados, prevalecendo a lógica da lucratividade, com mais ofertas em procedimentos mais lucrativos e ausência na participação complementar em procedimentos menos atraentes;
- Baixa fiscalização dos serviços prestados; baixa integração com os prestadores públicos (estaduais e federais) dificultando a gestão dos tempos de espera e melhoria no acesso; persistência de diferentes modos de acessos à outros níveis

de atendimento, mesmo que tenha havido a redução dos fluxos alternativos de acesso;

- Baixo investimento na aproximação dos profissionais da APS com os especialistas, ocasionando a fragmentação da rede e menor coordenação do cuidado, e baixo número de contra referências;
- Insuficiência na regionalização dos serviços gerando dificuldades no acesso dos usuários de áreas periféricas.

□ **3.1.3 A análise dos principais documentos norteadores e de comunicação oficial**

Referente à regulação ambulatorial a Quadro 1 apresenta cinco dos oito documentos levantados para a análise pertencem a SMS/RJ e foram importantes para a compreensão do desenho norteador do sistema, o que nos permitirá a seguir compará-los com a prática cotidiana, conforme apresenta o quadro abaixo:

Quadro 1: Quadro síntese do corpus documental identificado para análise

Órgão	Documento	Ano	Escopo	Autor(es)	Disponível em
Ministério da saúde	Portaria GM nº 1.559	2008	Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.	Ministro da Saúde	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
Ministério da saúde	Manual do Regulador/Autorizador SISREG III	2008	Manual desenvolvido para os Operadores Reguladores/Autorizadores do SISREG com o objetivo de orientar quanto às ações necessárias para Solicitar, Autorizar, Negar ou Devolver Solicitação de Procedimentos na Central de Regulação com auxílio da Ferramenta Tecnológica SISREG, a fim de que sejam integrados às novas tecnologias e possam tornar-se parceiro mais ativos de sua clientela e gestores.	DRAC - Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas; CAIVS - Coordenação de Atenção Individual e Vigilância à Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS	http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/179/manual-do-reguladorautorizador-sisreg-iii-[179-021210-SES-MT].pdf
Ministério da saúde	Protocolos de Acesso Ambulatorial: Consultas Especializadas Hospitais Federais no Rio de Janeiro	2015	Protocolo elaborado a partir dos diversos protocolos já existentes dos diversos municípios do Estado. Visa à acessibilidade aos serviços disponibilizados na rede assistencial dos Hospitais Federais do RJ, em consonância com o perfil assistencial de cada unidade. Tem objetivo contribuir na garantia às pessoas e populações, das diretrizes e dos princípios da equidade, universalidade e integralidade às ações a aos serviços de saúde preconizados pelo SUS.	Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro/SAS/MS	http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_acesso_ambulatorial_consulta_especializada.pdf
CIB	Deliberação CIB-RJ N° 3.470	2015	Pactua a criação de uma Central Unificada de Regulação – REUNI-RJ, que tem por objetivo de ordenação do Acesso dos usuários dos Municípios fluminenses à Serviços estratégicos localizados no município do Rio de Janeiro	Presidente da CIB	http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/450-2015/julho/3948-deliberacao-cib-n-3-470-de-20-de-julho-de-2015.html?tmpl=component&print=1&pa=E2%80%A6
SMS/RJ	SISREG – Protocolo para o Regulador Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais	2016	Guia de referência rápida para auxiliar os profissionais de Saúde na tomada de decisão como REGULADORES no SISREG /RJ. As orientações são baseadas em evidências e de acordo com os protocolos clínicos e linhas de cuidado da SMS/RJ, do Ministério da Saúde e de	Secretaria Municipal de Saúde	http://www.subpav.org/download/sisreg/SISREG%20%80%93Protocolo_Regulador_2016.pdf

			outras fontes de informações científicas. O documento respeita a autonomia dos profissionais na tomada de decisão na gestão clínica de seus usuários e famílias.		
SMS/RJ	Passo a passo resumido para o regulador	Sem data	Resume as principais orientações para o acesso e manejo do sistema de regulação – SISREG/RJ.	Secretaria Municipal de Saúde	http://subpav.org/download/sisreg/passo_a_passo_SISREG_regulador.pdf
SMS/RJ	Regulação Ambulatorial - agendamento de consultas especializadas e exames complementares	Sem data	Folder destinado a orientação aos usuários com relação as suas condutas e responsabilidades ao serem encaminhados pela sua equipe de referência aos outros serviços via SISREG.	Secretaria Municipal de Saúde	http://subpav.org/sisreg/uploads/regulacao-ambulatorial.pdf
SMS/R	Reuniões RTs médicos	Sem data	Documento de orientação direcionado aos médicos sobre o perfil dos profissionais, suas regras e responsabilidades, atribuições dos profissionais da equipe e da gestão e manuseio do sistema.	Secretaria Municipal de Saúde	http://www.subpav.org/download/impressos/20140527_reunioes_RT.pdf

Fonte: elaboração própria a partir dos documentos sobre a regulação ambulatorial organizados pelo Ministério da Saúde, CIB e SMS-RJ, 2018

□

□ **3.2 Trabalho de Campo**

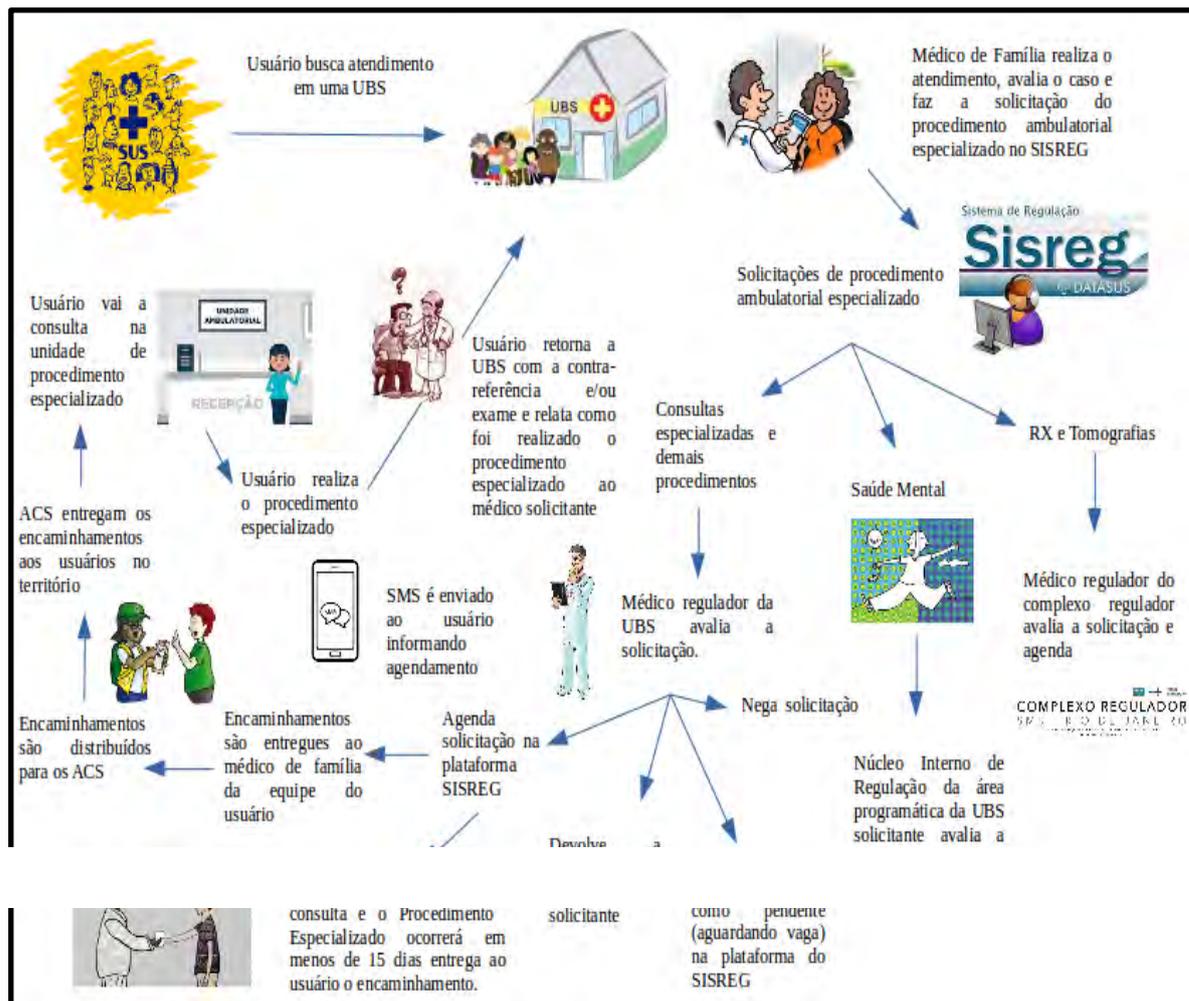
Os primeiros resultados relacionados à abordagem e entrada no campo apontam que apenas uma área programática se recusou a participar do estudo. Apenas um participante não permitiu a gravação da sua entrevista. Foram realizadas entrevistas com 14 médicos reguladores nas unidades básicas de saúde e entrevistas com 2 gestores do nível central da secretaria municipal de saúde do MRJ. Observa-se que ao indicar novos participantes da pesquisa, os médicos demonstravam ter uma rede de apoio à atividade de regulação capilarizada, tanto na área programática de abrangência do território, quanto do MRJ.

□

□ **3.2.1 O Contexto da regulação ambulatorial pela perspectiva do médico regulador da UBS**

A partir da análise das entrevistas, de referência da literatura e do prescrito nos documentos da secretaria municipal de saúde, a Figura 5, descreve o contexto da prática da regulação no Município do Rio de Janeiro.

Figura 5: Contexto da prática da regulação no Município do Rio de Janeiro pela perspectiva do médico regulador da UBS. Fonte: elaboração própria do estudo.



A partir das entrevistas realizadas e material estudado, há um entendimento geral da dinâmica da regulação ambulatorial no Município do Rio de Janeiro que apresenta a unidade básica de saúde como porta de entrada do usuário que busca atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). O usuário é acolhido na UBS de referência do seu território, a partir da localização da sua moradia, e é referenciado para a sua equipe de saúde da família e marca uma consulta com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) para o médico da sua equipe. Nesta consulta, o médico avalia o caso e havendo necessidade faz a solicitação de encaminhamento para procedimento ambulatorial especializado utilizando o SISREG.

O SISREG concentra as solicitações, mas a tomada de decisão sobre atender, negar ou deixar pendente a solicitação vai depender do procedimento desejado. No caso de RX e

tomografias a regulação é realizada na central de regulação da secretaria municipal de saúde. Já as solicitações de procedimentos de saúde mental são encaminhadas para o Núcleo Interno de Regulação (NIR) da coordenação de área programática (CAP) de saúde do município onde a UBS está localizada, para avaliação da coordenação de saúde mental da CAP.

Nas entrevistas, houve relatos de matriciamento dos casos de saúde mental com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) para solicitar os procedimentos de saúde mental a CAP. Por outro lado, houve também relatos de distanciamento na discussão dos casos de saúde mental e que apenas a coordenadoria de saúde mental da CAP poderia fazer a regulação destas solicitações de encaminhamento.

As consultas especializadas e demais procedimentos são regulados pelo médico de família da unidade, que para atuar como regulador pode também ser responsável técnico da unidade, preceptor de residentes ou médico de equipe de saúde de família. Do universo de 16 médicos entrevistados, 14 eram médicos reguladores das unidades básicas de saúde, 8 apresentavam atuação como médico regulador e preceptor de residentes nas unidades, 1 como responsável técnico da unidade e regulador e 5 atuavam como responsável técnico da unidade, regulador e preceptor de residentes. Em alguns casos relatados, o médico responsável pela equipe de atuação dos residentes, assumia a agenda de consultas no caso de ausência, férias ou falta de residentes em Medicina de Família e Comunidade na UBS.

A atribuição de regulador envolve avaliar e tomar a decisão sobre a solicitação de encaminhamento aos procedimentos realizados pelos médicos solicitantes, oportunamente no momento da consulta, devendo o regulador negar, devolver, agendar ou deixar a solicitação como pendente. Ao negar a solicitação o regulador aponta que o pedido descrito não está de acordo, apresentando divergência com as exigências para a vaga solicitada. Ao devolver, o regulador indica que existe algo que não ficou claro na solicitação e precisa de

atenção. Pode ser algum erro de digitação, de abordagem clínica entre outros que apontem a necessidade do procedimento, mas que impede que ele seja agendado.

O agendamento da solicitação de encaminhamento ocorre quando a vaga para o procedimento está disponível. Assim, o regulador avalia o critério de prioridade do caso e agenda a consulta. Em algumas unidades o critério de prioridade é revisado diariamente em diálogo entre o médico regulador e o médico solicitante. Esta relação apresenta muitas preocupações entre os médicos reguladores e merece aprofundamento em estudos futuros.

Ao agendar, o médico regulador, que também pode estar no momento da consulta, escolhe a vaga que lhe parece mais adequada clinicamente e socialmente, levando em consideração a distância do local de moradia do usuário, o custo de deslocamento e o tempo de espera até a data do procedimento. Esta combinação de fatores, quando explicitada durante a consulta, aumenta a chance de realização do procedimento.

Contudo, quando a vaga não está disponível a opção que o médico regulador tem é deixar pendente a solicitação e aguardar aparecer a vaga no sistema para agendar. Neste caso o agendamento é realizado sem a presença do usuário e a negociação desta equação acontece previamente na consulta sendo relatada no sistema. O SISREG apresenta alguns campos para relatar as preferências dos usuários, mas nem todos são de conhecimento dos médicos reguladores e em algumas unidades a forma como estas informações aparecem são pactuadas entre os profissionais.

O protocolo ao regulador (RIO DE JANEIRO, 2016) prevê a devolução para reavaliação dos médicos reguladores dos casos pendentes que aguardam vaga a mais de seis meses, buscando otimizar a fila de espera e diminuir o absenteísmo. Nestas solicitações, o usuário pode não necessitar mais do procedimento por melhoria ou piora do quadro clínico, como pode ter realizado o mesmo por outros meios. Esta devolução, que pode ocorrer pela central de regulação ou pelos NIR das coordenadorias de áreas programáticas também pode

ser chamado de “mutirão de regulação” pelos médicos reguladores das UBS. Segundo os entrevistados, o volume de solicitações a serem analisadas pode ultrapassar 1000 solicitações por unidade, dependendo do processo de trabalho dos solicitantes e reguladores instituído na unidade.

Com a solicitação agendada, o usuário recebe uma mensagem de texto da *Short Message Service* (SMS) informando que o procedimento foi agendado. O encaminhamento e a solicitação são impressos pelos médicos reguladores da unidade e entregue ao responsável pela agenda da equipe, pode ser o enfermeiro, médico residente ou médico responsável pela equipe. Estes grampeiam os encaminhamentos, tendo em vista preservar o sigilo do usuário, e distribuem para os ACS da microárea onde está localizada a residência do usuário.

Na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, os usuários recebem um aviso da unidade básica de saúde sobre a confirmação e o agendamento de sua consulta. Essa responsabilização pelo acompanhamento é facilitada pelo envio de uma SMS a cada agendamento realizado no SISREG e pela ferramenta local “Onde ser atendido”, desenvolvida para territorializar toda a população da cidade, mesmo aquela sem Estratégia de Saúde da Família (RIO DE JANEIRO, 2012; PINTO, SORANZ, *et al.*, 2017), informando a cada pessoa-família, qual a sua unidade de referência na APS.

Os ACS realizam algumas tentativas de entrega do encaminhamento ao usuário, caso não seja possível encontrá-lo, os documentos retornam à unidade. As unidades apresentam diferentes estratégias para encontrar o usuário e/ou informá-lo que o procedimento foi agendado. Dentre elas, telefonar faltando quinze dias a uma semana do dia agendado ou solicitar parentes e conhecidos que peçam para o usuário ir até a UBS.

Com a solicitação e o encaminhamento em mãos, o usuário deve ter atenção a descrição da documentação necessária para realizar o procedimento descrito na solicitação. Munido desta documentação o usuário é atendido na unidade do procedimento especializado. Ao

realizá-lo, o médico responsável deve preencher a contrarreferência localizada na folha de encaminhamento, o que na maioria dos casos não ocorre.

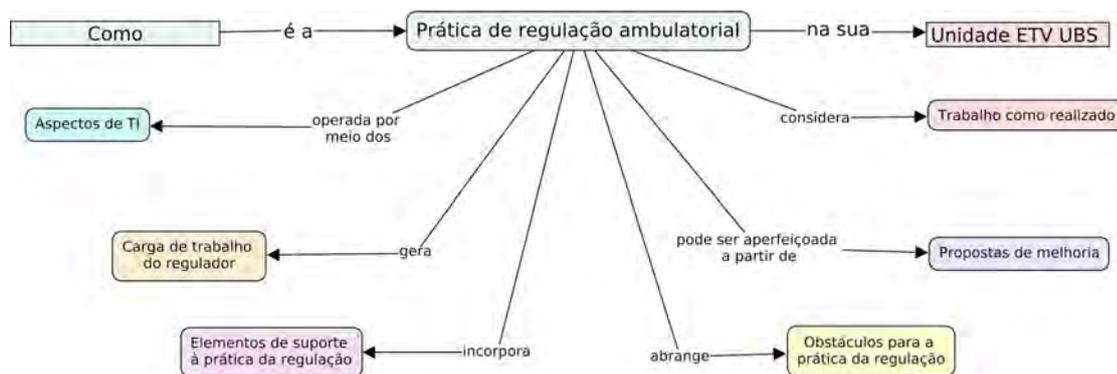
A qualidade e abrangência do suporte proporcionado aos médicos reguladores variam de acordo com a área programática de abrangência da unidade, podendo ter uma interação semanal, como até não haver nenhuma relação entre o regulador da UBS e o NIR da CAP. Em outros casos o contato para suporte se faz diretamente com a central de regulação por meio de e-mail ou até mesmo com o prestador da vaga, dependendo do tempo de trabalho do regulador na rede do município, sua forma de atuação no território e sua rede de contato nestes.

Tais atividades contribuem para a melhoria da coordenação do cuidado tendo em vista que permite ao paciente percorrer o sistema de saúde de forma ordenada e sequencial, conseguindo desta forma realizar o tratamento de forma integral para todas as ocorrências que impactam sobre a sua saúde.

3.2.2 A organização das classes de análise adotada neste estudo

Tendo em vista que o foco do presente estudo estar relacionado a vertente de coordenação do cuidado da regulação descentralizada, a seguir apresenta-se os achados com maior interface a esta vertente da pesquisa destacando-se as classes de análise sobre a prática de atividade da regulação. As classes de análise foram adotadas a partir dos achados nas entrevistas e da elaboração dos mapas conceituais, com isto foram classificadas seis classes de análise relacionadas aos aspectos de tecnologia da informação (TI), a Carga de trabalho do regulador, aos elementos de suporte à prática da regulação, ao obstáculos para a prática da regulação, as propostas de melhoria e ao trabalho realizado, como mostra a Figura 6.

Figura 6 - Mapa conceitual das classes de análise adotadas no estudo. Fonte: elaboração própria do estudo.



■
 ■ **4 Resultados**
 ■ **4.1 Descrição da atividade de Regulação**

A atividade de regulação visa descrever as principais atividades realizadas nas unidades que envolvem a regulação. Estas estão relacionadas à gestão interna da unidade, à divisão de tarefas sobre a tomada de decisão das solicitações, à divisão de tarefas sobre os agendamentos e os estratégias da regulação. No caso, colabora com os principais conceitos referentes ao processo interno de regulação com seus fluxos prescritos e suas adequações à dinâmica e perfil da unidade, assim como do território e seus usuários.

Tal atividade apresenta divisões de tarefas que apontam para como ocorre a gestão interna da regulação na unidade, quais os profissionais que participam, a dinâmica de produção dos documentos (como as solicitações e guias de encaminhamento) e das informações referentes nestas. Nesta gestão da regulação na unidade o regulador apresenta grande influência na condução, elaboração e manutenção desta. Este dita o ritmo de trabalho, chegando a formular fluxos e atividades internas de regulação na UBS.

Esta atividade nas unidades tem como base de seu fluxo a tomada de decisão do regulador, como prescrito nos documentos da secretaria municipal de saúde do MRJ referentes a regulação. As atividades da regulação relatadas nas entrevistas apresentam elementos que influenciam a coordenação do cuidado, são elas:

- Organizar o fluxo das solicitações devolvidas e pendentes;

- Administrar o agendamento de procedimento, principalmente referentes aos gargalos de vagas e aos casos complexos.
- Organizar a dinâmica interna de autorizações das solicitações. Esta atividade varia bastante entre as unidades.
- Organizar a lista de pendentes, devolvidos e negados.
- Comunicação entre os reguladores sobre os critérios de prioridade dos casos com solicitações de procedimentos.

Para desenvolvimento de tais atividades há divisões de tarefas na unidade que variam de acordo com as dinâmicas anteriores. Há variações desta dinâmica interna como:

- Reguladores\preceptores se dividem durante a semana para realizar regulação da unidade, contudo o médico Responsável Técnico (RT) apresenta mais responsabilidade.
- Cada equipe regula as solicitações de seus usuários, o que minimiza a discussão de caso entre o regulador e o solicitante. Privilegia a oportunidade do agendamento do procedimento ocorrer no momento da consulta.
- O RT possui funções exclusivas que incluem negação de solicitações e promoção de educação continuada junto aos respectivos solicitantes, assim como devolução de solicitações e sugestão de encaminhamentos para elas.
- Todos os reguladores realizam agendamento para toda UBS.

No que se refere à tomada de decisão de regulação para agendamento são considerados o local do centro ofertante, a data da vaga disponível x critério de prioridade da solicitação, a data da vaga x risco de absenteísmo, a necessidade de o agente comunitário de saúde acompanhar procedimento e a possibilidade de agendamento combinado com usuário. Em algumas unidades o solicitante está ciente do agendamento realizado, em outras há pouco monitoramento deste agendamento.

4.2 A gestão interna da regulação na unidade e a dinâmica com o território

O processo de atividade da regulação ainda apresenta relação com a gestão interna da unidade e a dinâmica do território, desta forma apresenta estratégias e caminhos que

dialogam com a condução do médico regulador e a equipe de saúde da família, como a que pode ocorrer de diversas formas de acordo com o ACS e viabilidade do território. Diante disto, cada equipe tem autonomia sobre a forma de entrega da referência ao usuário.

Assim, identificou-se algumas atividades de atribuição do médico regulador, relevantes para a coordenação do cuidado que fazem parte da gestão da regulação na unidade, como Alteração do Critério de prioridade, Organização da dinâmica interna de autorizações das solicitações, Organização da lista de pendentes, devolvidos e negados, Comunicação entre os reguladores, prestadores e retaguarda, Educação continuada e capacitação do regulador e solicitante e Organização do fluxo de regulação da UBS.

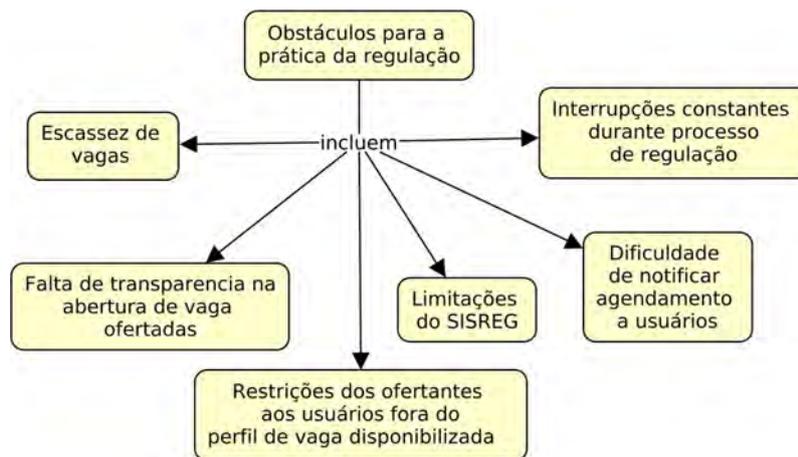
Com isto, vemos a pluralidade de atividades que buscam seguir o eixo prescrito para o processo de regulação. A identificação das atividades da regulação e sua variabilidade nas diversas unidades básicas de saúde permite verificar as diferentes maneiras de estabelecer a política de regulação conforme definido no manual do regulador, no dia-a-dia do processo de trabalho do médico regulador nas unidades básicas de saúde. Desta forma, esta classe busca sinalizar os manejos do que é esperado que ocorra neste processo descentralizado de regulação para o que de fato é realizado, assim como as inovações apresentadas na prática da regulação como encaminhamentos para os obstáculos encontrados.

■ 4.3 Os obstáculos à prática da regulação

Os obstáculos à prática da regulação (Figura 7) foram uma das classes mais recorrentes durante as entrevistas com os médicos reguladores, estando presentes em todas as 12 entrevistas. Os principais temas abordados foram o planejamento e gestão de vagas, o desenho atual da organização do trabalho e do processo de regulação, a formação de médicos de equipe e de médicos reguladores da APS, a atuação de unidades ofertantes da Rede de

Atenção Especializada, e finalmente os sistemas de TI empregados (SISREG e, mais recentemente, o SER).

Figura 7 - Mapa conceitual dos principais elementos encontrados nas entrevistas sobre os obstáculos à prática da regulação. Fonte: elaboração própria do estudo.



□ 4.4 Os obstáculos gerados no planejamento e gestão de vagas

Como mostrado na totalidade dos mapas de entrevistas, é necessário tomar medidas no sentido de aumentar a oferta absoluta de vagas ao município para certos procedimentos em especialidades como oftalmologia, ultrassonografia de mama, e oncologia. Adicionalmente, alguns entrevistados relataram a ausência da oferta de vagas para certos procedimentos - tais como fisioterapia - em largas regiões do município.

Os mapas de entrevista apontam para a impossibilidade de coordenar adequadamente o cuidado de usuários nestas especialidades, em virtude de os tempos de espera máximos preconizados pelo Protocolo ao Regulador para o código de cores de prioridade acabando por ser em muitos casos extrapolados em meses.

Tanto os grupos de *WhatsApp* dos reguladores da AP quanto grupos de *WhatsApp* dos reguladores da própria UBS foram repetidamente citados como elementos de suporte ao agendamento destes procedimentos. Também houve relato da importância do suporte do NIR para solução de casos especialmente graves no âmbito destas especialidades.

□ **4.5 Os obstáculos gerados na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada**

Nas entrevistas foram relatados a importância da formação em medicina da família e comunidade para os médicos solicitantes e reguladores da APS como forma de alavancar a efetividade do processo de regulação. De acordo com os entrevistados, a ausência desta formação está intimamente conectada à baixa resolutividade no atendimento e a baixa qualificação dos encaminhamentos, o que eleva o número de solicitações desnecessárias e também o número de devoluções, potencialmente atrasando o tempo de processamento de solicitações e em última análise o cuidado aos usuários. Apesar deste quadro, alguns médicos entrevistados chamaram atenção para o impacto positivo da preceptoria existente em suas unidades sobre estes problemas, por meio da educação continuada.

A importância de sincronia entre as ações da APS e da Atenção Especializada para o bom funcionamento da regulação foi sublinhada em quase todas as entrevistas, gerando extensa discussão. Os médicos reguladores encaram como essencial a conscientização dos agentes do sistema quanto ao papel da APS como coordenadora do cuidado, sendo o aprimoramento das ações de cada agente consequência natural deste alinhamento. De forma geral, os muitos pontos levantados e os casos narrados convergem para a percepção de que a comunicação e interação entre estes níveis de atenção à saúde possuem importantes entraves, que devem ser endereçados no futuro.

Na classe de obstáculos à regulação, este foi o tema que apresentou mais sobreposição dos depoimentos. Em particular, são apresentadas a seguir os principais obstáculos que, de acordo com os entrevistados, são originados na interface das unidades ofertantes com o processo de regulação.

Uma das mais mencionadas foi a presença de restrições de atendimento atreladas às vagas ofertadas no SISREG, tidas como muitas vezes arbitrárias pelos reguladores da APS. Foram citadas restrições sobretudo quanto a grupos etários e quadros clínicos no atendimento pelos especialistas focais.

Os médicos reguladores argumentam que muitos ambulatórios importantes e de referência no município restringem a abertura de vagas a quadros clínicos muito específicos ou pouco prevalentes. De acordo com os médicos, a maior parte destes ambulatórios de referência pertencem à rede estadual ou federal, o que impede a ingerência da SMS sobre a oferta de vagas dos mesmos e sua maior adequação às necessidades do sistema.

O segundo ponto, muito recorrente é considerado de extrema relevância para a prática da regulação é o subpreenchimento da contrarreferência pelos especialistas focais. O protocolo de referência & contrarreferência é o único meio prescrito para contato direto entre a APS (médico de equipe e médico regulador) e o especialista focal consultado em um dado caso. Não fez parte do escopo deste estudo a verificação de um indicador quantitativo formal para acompanhamento deste aspecto, porém os entrevistados apontam que 95% das contrarreferências retornam subpreenchidos à APS, com índices similares tanto para ofertantes públicos como privados.

Os relatos apontam que a maior parte destes casos envolve a simples ausência do preenchimento da contrarreferência, ou seja, a mesma retorna em branco para a APS. Nestes casos, a continuação do cuidado fica comprometida, por depender da lembrança do usuário

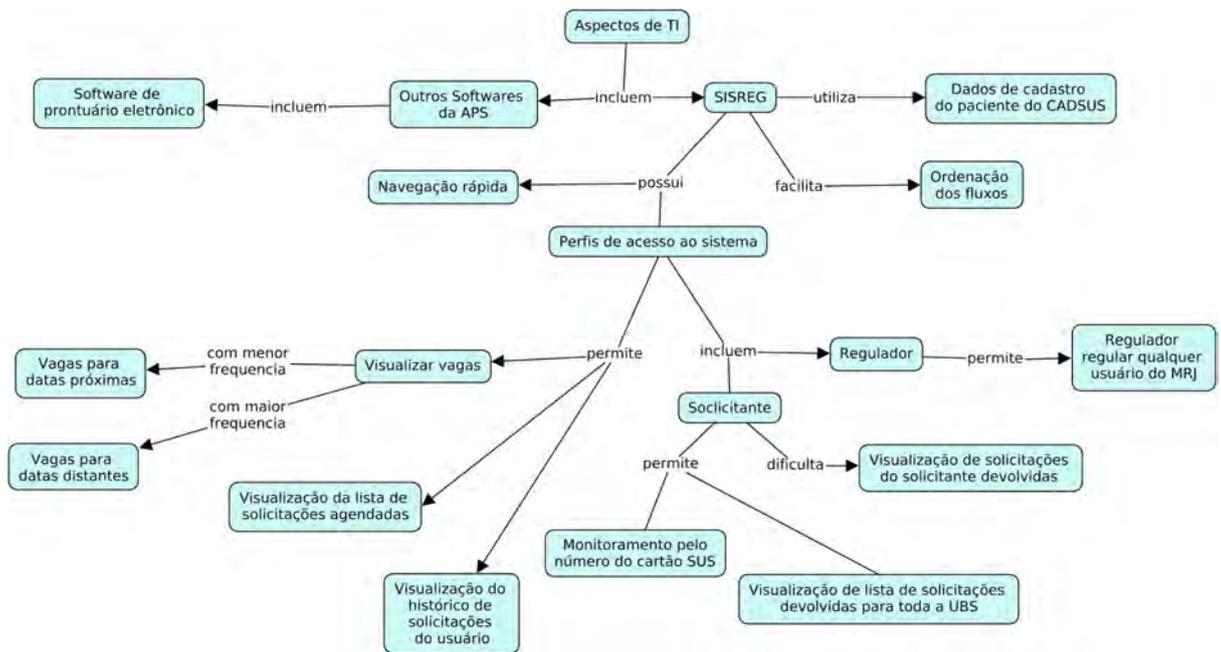
sobre o procedimento realizado. Entre os fatores que pesam neste comprometimento estão a dificuldade de ler e o constrangimento de usuários em fazer perguntas aos especialistas focais, além da pouca familiaridade com os termos técnicos utilizados nas consultas e o próprio esquecimento de parte do que se passou devido ao intervalo às vezes grande até o retorno à unidade básica.

Outros casos envolvem a sugestão por especialistas focais, na contrarreferência, de tratamento ou de novos exames sem apresentar justificativa. Os reguladores relataram que tal prática gera incertezas quanto aos objetivos destes direcionamentos, bem como dificuldade para preencher as respectivas solicitações de exames no SISREG. Por conseguinte, pode haver confusão na interpretação dos resultados do tratamento e mesmo a necessidade de reencaminhamento à Atenção Especializada, de acordo com alguns entrevistados. De forma geral, nota-se a potencial sobrecarga desnecessária do sistema, além de alongamento do tempo de tratamento e comprometimento da resolutividade no cuidado.

□ **4.6 As limitações dos sistemas informatizados - SISREG e SER**

Diversos elementos de funcionalidade e usabilidade do SISREG foram caracterizados como obstáculos pelos médicos reguladores, perpassando as várias etapas do processo de regulação, conforme Figura 8.

Figura 8 - Mapa conceitual dos principais elementos encontrados nas entrevistas sobre os aspectos de Tecnologia da Informação. Fonte: elaboração própria do estudo.



Quanto à etapa de agendamento, constam relatos sobre a exibição, no SISREG, das restrições de atendimento das unidades da Rede Especializada (detalhados na seção de obstáculos gerados na APS e Atenção Especializada). Os reguladores frisaram que a posição desta exibição no *workflow* do software (ocorrendo apenas na Guia do SISREG emitida após agendamento concluído) causa perturbação no processo de regulação, uma vez que, caso o usuário não se enquadre nas condições, é necessário a reiteração de todo o processo, articulando o regulador, o médico de equipe e, por vezes, até o próprio usuário, além do risco de se perder a vaga.

Ainda sobre as restrições de atendimento, algumas dessas ações não são informadas ao solicitante ou regulador em momento algum antes da ida do usuário ao local de realização do procedimento, e o usuário tem, portanto, o atendimento negado após comparecer à unidade da Rede Especializada, gerando atraso no cuidado, desperdício de recursos e ociosidade no sistema.

Outro obstáculo frisado pelos reguladores é a ausência de cruzamento de dados entre SISREG, CADSUS e os sistemas de prontuário eletrônico utilizados pelas UBS, como o *VitaCare*. Esta falta de compatibilidade, segundo os médicos, implica em retrabalho durante inserção de solicitações no sistema e potenciais erros na entrada manual de dados, arriscando a confiabilidade e consistência das informações de identificação de usuários, quadros clínicos e tratamentos ao longo do processo de regulação.

Quanto às dificuldades de acesso dos usuários aos procedimentos especializados agendados, foram apontados uma de suas principais causas, a necessidade de apresentação pelo paciente de diversos documentos físicos no momento do atendimento na unidade da Rede Especializada. Estes documentos incluem, além de documento de identificação pessoal: o Cartão SUS, a ficha de Referência (emitida a partir do software de Prontuário Eletrônico), e a Guia do SISREG (que exibe a chave de agendamento), além de eventuais exames e laudos anteriores, a depender do caso.

Outras duas ausências do SISREG relatadas pelos reguladores merecem atenção destacada: a impossibilidade de visualizar vagas abertas fora da tela de uma solicitação específica e a inexistência de alertas de abertura de vagas. Quando considerados em conjunto, estes dois elementos geram retrabalho considerável durante a tarefa de verificar abertura de vagas, o que justifica a adoção quase unânime dos grupos de *WhatsApp* para alertas de vagas pelos médicos entrevistados.

A inserção de uma solicitação no SER foi vista como demasiadamente trabalhosa, por exigir o anexo de muitos documentos, incluindo, em certos casos, laudos de imagem ou de opinião de especialistas. Este aspecto eleva o tempo necessário para inserir solicitações no sistema e, por conseguinte, eleva a carga de trabalho dos médicos reguladores da APS (uma vez que esses são solicitantes pelo SER).

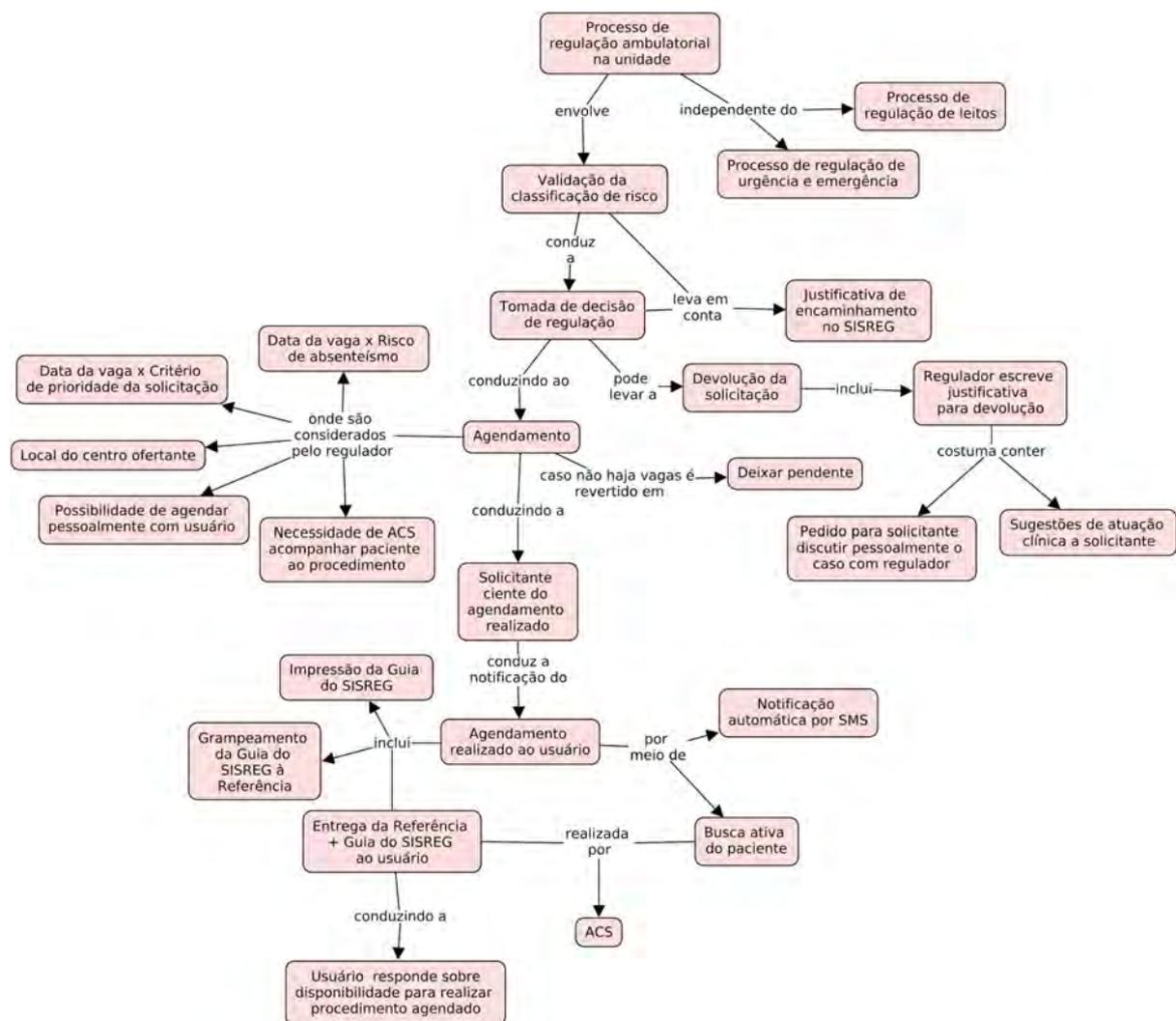
O processo de anexo de documentos ao SER não é claramente estabelecido nem possui os recursos de suporte de TI necessários em todas as unidades básicas, de acordo com os médicos. Uma vez que laudos e receitas são documentos físicos, é necessário digitalizá-los para o anexo à solicitação. Às vezes a clínica não possui o dispositivo na clínica para digitalização de documentos, isso implica na necessidade de utilização do celular pessoal para fotografar os documentos e realizar assim a conversão de formato dos arquivos, além de enviá-los para o e-mail pessoal para ter acesso aos mesmos pelo computador da UBS, o que levanta uma discussão a respeito da garantia de confidencialidade destes dados.

□ **4.7 As limitações do desenho atual do processo de regulação e da organização do trabalho**

Em termos de desenho do processo de regulação e organização do trabalho, as entrevistas mostram os principais aspectos da prática da regulação na unidade, conforme Figura 9. Estes elementos são: a ausência de período formalizado na carga horária semanal

dedicado à regulação; a impossibilidade prática de regular usuários durante ou logo após sua consulta médica (devido à agenda apertada); a imprevisibilidade na abertura de vagas no SISREG (podendo ocorrer entre 08h e 20h); e o acúmulo de atribuições pelos reguladores (principalmente os RTs).

Figura 9 - Mapa conceitual dos principais elementos encontrados nas entrevistas sobre processo de regulação ambulatorial na unidade. Fonte: elaboração própria do estudo.



Como consequência, diversos depoimentos apontaram para os seguintes desdobramentos: a impossibilidade de dedicar à regulação um volume de tempo visto como ideal; a necessidade de regular fora do horário de trabalho; a frustração por não estar disponível em certos momentos para “assegurar” vagas raras que duram poucos minutos abertas. Relatou-se também como consequência interrupções constantes à atividade de regulação, as quais potencialmente podem dificultar avaliação de códigos de prioridade de

casos mais complexos e operações mais longas como as “varreduras” na fila de espera de solicitações.

Ainda foi mencionado a dificuldade para resgatar no SISREG o registro de solicitações devolvidas ou negadas, caso as referidas interrupções à atividade resultem em extravio ou desorganização de documentação impressa (especialmente a ficha da referência e a guia do SISREG – vide Anexo I), estas solicitações podem sair da fila e se tornar não rastreáveis, apenas sendo recuperadas no caso do respectivo usuário entrar em contato com a UBS requisitando esclarecimentos sobre o não agendamento.

Em outra frente, a efetividade da utilização dos graus de priorização foi questionada para o agendamento de procedimentos com gargalos de vaga. Para estes procedimentos - cujas vagas ficam abertas apenas alguns minutos - costuma haver grandes filas com muitas solicitações de cor vermelha ou amarela (denotando respectivamente o 1º e 2º grau de prioridade) em uma mesma unidade básica. Algumas entrevistas apontaram que, mesmo após o grupo de solicitações de cor vermelha e amarela estar revisado e autorizado pelo regulador *a priori* da abertura das vagas, a janela de tempo de abertura dessas não é suficiente para priorizar adequadamente solicitações dentro destes grupos. Desta maneira, casos mais prioritários dentre os vermelhos podem não ser agendados com a devida prioridade.

□ **4.8 O Acesso aos serviços de saúde**

O acesso da população aos procedimentos especializados cabe um recorte à parte na compilação dos resultados. Trata-se de um tema de presença importante nos mapas de entrevista e encarado pelos médicos reguladores como uma das questões centrais do sistema de regulação ambulatorial do município. Aqui é importante ressaltar que o tema foi durante o estudo de campo recorrentemente apresentado pelos médicos de maneira relacionada ao absenteísmo dos usuários aos procedimentos especializados.

Dentre os fatores deteriorantes do índice de acessibilidade, de acordo com os médicos, foram citados:

- Falha na notificação de agendamento a usuário ou na entrega dos documentos emitidos a ele a tempo;

- Extravio pelo usuário ou pela UBS de um ou mais documentos de apresentação necessária à unidade da Rede Especializada (discutido em mais detalhes na seção de limitações do SISREG);
- Transporte do usuário à unidade da Rede Especializada, incluindo grande distância a partir de sua residência, assim como a dificuldade de locomoção devido a quadro clínico do usuário, a ausência de meios financeiros para custear o transporte e a não familiaridade com o percurso ou com a cidade, ou então restrições de transporte em áreas de risco (ex: devido a confrontos armados);
- Dificuldade do usuário encontrar o respectivo ambulatório em hospitais de grande porte, devido a dificuldades de leitura e não conhecimento prévio das divisões organizacionais das unidades especializadas;
- Curta janela de tempo entre agendamento e data de atendimento, principalmente para o caso de procedimentos de regulação centralizada.

Verificou-se nas entrevistas que as graves implicações da dificuldade no acesso para o bom funcionamento do sistema de regulação suscitaram nas UBS a adoção de estratégias para mitigá-lo, o que era esperado. Entre estas estratégias, estão incluídos:

- Orientação para que médicos de equipe insiram na solicitação observação específica caso o usuário apresente dificuldades de locomoção;
- Não agendamento para vagas em unidade da Rede Especializada situadas a grande distância do território da UBS, com histórico de absenteísmo de usuários;
- Desenvolvimento de alerta escrito informando usuário como proceder para o cancelamento do agendamento se não for possível comparecer à unidade da Rede Especializada, bem como anexo deste alerta a todas as Guias do SISREG emitidas;
- Agendamento de procedimentos sem demanda reprimida com no mínimo 15 dias de antecedência.

■ **4.9 Os elementos de suporte à prática da regulação**

Os elementos de suporte à prática da regulação incluem aspectos ligados a capacitação, a padronização da conduta do regulador, a comunicação e a gestão, como mostra a Figura 10.

Figura 10 - Mapa conceitual dos principais elementos encontrados nas entrevistas sobre os elementos de suporte à prática da regulação. Fonte: elaboração própria do estudo.



Três elementos de suporte à prática de regulação foram destacados pelos entrevistados: o suporte dos NIR, a participação em grupos de *WhatsApp* e, de diferentes formas, a educação continuada. O suporte dos NIR aparece em diversas entrevistas, geralmente como um elemento que possibilita a organização de fluxos internos de regulação. Ainda assim, é possível destacar que o suporte dos NIR ainda depende muito da área programática e, especialmente, da formação e da experiência do coordenador da área programática. O suporte do NIR se torna ainda mais necessário na solução de casos mais complexos ou urgentes (incluindo antecipações de agendamento, como relatado por dois médicos entrevistados) e de demandas judiciais.

A participação em grupos de *WhatsApp*, embora informal, teve importância destacada por muitos médicos, principalmente como meio de receber informações sobre ofertas de vagas, o que auxilia nos agendamentos. Por este meio, os médicos reguladores são alertados, por exemplo, se uma vaga escassa foi disponibilizada por uma desistência, ou se houve mudanças no processo de regulação.

Com relação à capacitação, os médicos afirmam que ela ajuda a melhorar a qualidade das justificativas das solicitações, reduzindo não só as solicitações negadas, mas também as solicitações realizadas..

Vale destacar também a importância do Protocolo ao Regulador (RIO, 2015) como instrumento de suporte à regulação – citado por dois entrevistados. Segundo os entrevistados, ele é útil como mediador da conduta do regulador, além de importante para aqueles

reguladores sem formação em medicina de família, auxiliando na tomada de decisão e ajudando a consolidar os critérios de prioridade.

A preceptoría na unidade também foi mencionada, como ajudando a aumentar a resolutividade, e a qualidade, dos encaminhamentos e possibilitando ao médico regulador mais tempo para atuar na regulação.

4.10 As propostas de melhoria à regulação

Quase todas as unidades básicas participantes apresentaram sugestões de melhorias ao sistema de regulação, como mostra a Figura 11. Estas propostas podem ser agrupadas em temas, tais como: o processo de trabalho dos médicos reguladores; melhorias nas plataformas de TI utilizadas na regulação; promoção de maior integração entre os reguladores e especialistas focais; promoção de maior equidade na regulação praticada no município; resolução de gargalos na oferta e distribuição das vagas na gestão dos casos e entre as UBS; maior orientação e informação para o paciente; qualificação profissional, e melhorias nos critérios de prioridade.

Figura 11 - Mapa conceitual de uma entrevista sobre as propostas de melhoria à regulação. Fonte: elaboração própria do estudo.



Com relação ao processo de trabalho dos médicos reguladores na UBS, a principal questão apontada referiu-se à necessidade da definição de um horário específico para dedicação à regulação. Enquanto um mapa sugeriu que este horário fosse oficializado pela gestão, outro aponta a necessidade da autonomia interna de cada unidade na definição do mesmo. Foi também sugerido que neste horário específico não houvesse agendamentos para o médico regulador de UBS de grande porte.

A percepção geral é que esta organização na agenda dos médicos reguladores colabora com a produção de maior equidade no processo de regulação entre as UBS. De acordo com alguns médicos, este efeito seria ampliado se também houvesse uma predefinição ou padronização dos horários de abertura das vagas no SISREG, e fosse implantado um sistema de alertas que disparam quando elas abrissem.

Propostas de melhorias aos critérios de prioridade também foram feitas. A ideia, apresentada em um dos mapas, diz respeito à realização de mudanças quanto a permitir diferenciar riscos entre solicitações de um mesmo critério de prioridade, auxiliando na mitigação diante da impossibilidade em definir prioridades entre os usuários de mesmo grau de prioridade. Isso colabora também com a promoção da equidade na gestão dos casos. Por outro lado, seriam necessários ajustes de funcionalidade no SISREG.

Outras propostas de melhorias às plataformas de TI ocorreram nos mapas de entrevista. Elas dizem respeito à oferta de vagas e ao agendamento automático dos usuários em lista de espera. Mais especificamente, as sugestões envolvem: a possibilidade do sistema exibir as restrições das vagas ofertadas no momento do agendamento (e não somente após o mesmo); o agendamento automático da lista de espera pelo SISREG, o que seria possível por meio de registro mais completo de possibilidades de agendamento do usuário no momento da consulta; a identificação de abas no SISREG com ofertas de vagas, visando remanejamento das mesmas para procedimentos que podem ser executados pelo mesmo especialista focal.

Ainda sobre as propostas relacionadas ao SISREG, observa-se a preocupação dos entrevistados, em alguns mapas, em melhorar a qualidade da informação prestada ao usuário por meio das mensagens de texto (tipo SMS), inserindo orientações sobre a necessidade de levar documentos de identidade e exames anteriores no momento do atendimento ou procedimento agendado.

Outro ponto nevrálgico para a regulação refere-se à interação e integração entre os diferentes atores da regulação – como o médico solicitante, o regulador e o especialista focal ofertante. Os mapas de entrevistas também apresentaram propostas sobre esse ponto. Uma delas foi a sugestão que o preenchimento da referência e contrarreferência seja informatizado, integrando-se à plataforma SISREG. Esta medida resolveria o problema das ausências de preenchimento do formulário de contrarreferência e ainda, apontado em um dos mapas, favoreceria também o rastreamento do fluxo usuário.

Outras propostas que estão no campo da interação e integração profissional, apresentadas em um dos mapas, referem-se à adoção de práticas institucionalizadas que poderiam cooperar com a produção de um maior diálogo entre os atores da regulação, como a discussão de casos clínicos, e a definição conjunta de novos protocolos e fluxos conforme as necessidades apontadas no transcorrer das experiências.

Ainda no âmbito da interação e integração entre os atores da regulação, a questão comunicacional entre eles parece ser uma importante necessidade. Num dos mapas a proposta apontada foi a troca de e-mail entre médicos reguladores e especialistas focais, o que depende da disponibilização de dados de contato dos especialistas focais com vagas agendadas pelo SISREG. Como justificativa para esta medida, foram citados os esclarecimentos que costumam se fazer necessários sobre pontos obscuros no formulário de contrarreferência, incluindo justificativas não compreendidas para exames solicitados ou até mesmo a ausência de preenchimento da mesma.

Por fim, sobre a qualificação profissional, foi sugerido que pudessem ser desenvolvidas experiências de treinamentos, na própria Central de Regulação do município, para os médicos reguladores da ponta, incluindo os residentes em Medicina de Família e Comunidade.

A partir desta análise, a percepção geral é que a maior preocupação dos médicos reguladores das unidades está em saber sobre quando ocorrem as aberturas de vagas, e se conseguirão oportunizá-las aos seus usuários, assim como se preocupam com a equidade na distribuição dos agendamentos entre as unidades de saúde.

4.11 A carga de trabalho do regulador

O tema da “carga de trabalho do regulador” foi recorrente, onde apontaram fatores que a ampliam e/ou a atenuam, Figura 12. Os principais fatores citados relacionaram-se com a jornada de trabalho semanal, questões do próprio processo da regulação da forma como efetivamente ocorre, a preceptoria e a compreensão do usuário.

Figura 12 - Mapa conceitual dos elementos encontrados em uma entrevista sobre a carga de trabalho do regulador. Fonte: elaboração própria do estudo.



Quanto aos fatores relacionados à jornada de trabalho semanal, a inexistência de horário dedicado à regulação foi citada como fator de elevação da carga de trabalho. Adicionalmente, as muitas atribuições acumuladas pelo médico regulador RT costumam levar profissionais com esse perfil a realizarem as atividades da regulação em suas residências, fora do horário de trabalho. Outro fator apontado é que a acumulação de atribuições pode ainda impedir as discussões de casos com especialistas, dificultar a resolução de casos relacionados com determinados gargalos na oferta de vagas e especialidades, além de diminuir possibilidades de realização de capacitações à distância. Tanto

Diversas unidades indicaram que necessidade de trabalhar fora do horário e local de trabalho era mais premente quando as aberturas de vagas ocorriam à meia-noite no SISREG, situação vigente até o início de 2017. Apesar da janela atual, mais reduzida para abertura de vagas, e da maior parte das vagas serem agora abertas às 08h, ainda há imprevisibilidade do horário de abertura das restantes (08h - 22h). Segundo os médicos reguladores, este fator gera elevação da carga de trabalho, pois gera necessidade de o monitoramento de abertura das vagas pelos reguladores ser o quão contínuo possível ao longo da jornada diária. Uma vez que o SISREG não oferece suporte a tal monitoramento, os grupos de *WhatsApp* são encarados como elementos de apoio que aliviam a carga de trabalho na regulação.

Existem ainda alguns outros fatores inerentes ao processo da regulação - da forma como ele efetivamente ocorre - que foram citados nos mapas como ampliadores da carga de trabalho, envolvendo o retrabalho pela necessidade de reinserções das solicitações no sistema. Entre esses está a necessidade de realizar devolução solicitações para atualização pelos solicitantes após aguardarem muitos meses na fila sem conseguirem agendamento.

É válido ressaltar que essa prática, comum em muitas clínicas, ocorre devido ao SISREG não facultar prerrogativa ao solicitante de atualizar dados da solicitação (dados das preferências de agendamento ou evolução de quadro clínico) para solicitações pendentes.

Também é válido lembrar que o SISREG não dedica uma fila às solicitações aguardando agendamento (o que estaria em conformidade com o processo de regulação desenhado), permitindo apenas uma fila, que se torna, por razões de praticidade, aquela das autorizações aguardando autorização.

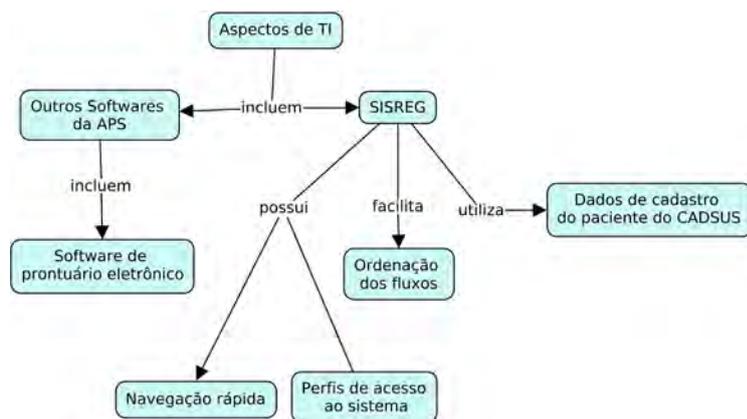
A preceptoria apareceu como um fator atenuador para a carga de trabalho do regulador. Por outro lado, quando envolve um grande número de residentes, ela foi apontada como ampliadora desta mesma carga de trabalho, por se configurar em mais uma atribuição assumida pelo regulador. Os aspectos benéficos da preceptoria à carga de trabalho envolvem o fato dela permitir uma maior flexibilidade na carga horária do regulador para dispor do almejado turno semanal, uma vez que o residente assume a agenda de atendimentos da equipe. Além disso, gera possibilidades para a qualificação profissional por permitir as discussões de casos e a participação em eventos científicos.

Por fim, a incompreensão dos usuários sobre as ofertas de vagas apareceu também como um fator de elevação da carga de trabalho do regulador. Foi relatado que muitas vezes, mesmo após esclarecimentos terem sido prestados, a dificuldade de agendamento para certos procedimentos cria entraves na relação entre usuário e equipes de saúde da unidade.

■ **4.12 Os sistemas informatizados e aspectos de Tecnologia da Informação na regulação**

No que diz respeito ao uso dos sistemas informatizados que dão suporte ao processo de regulação, a maioria está concentrada nos aspectos funcionais, em especial do SISREG, o principal software onde grande parte do processo de regulação é implementado, Figura 13. Outro sistema apontado foi o Sistema Estadual de Regulação (SER), no qual são ofertadas vagas de altos níveis de complexidade, cuja regulação é realizada de maneira centralizada pela Central de Regulação Ambulatorial a nível estadual.

Figura 13 - Mapa conceitual dos principais elementos encontrados nas entrevistas sobre os aspectos de Tecnologia da Informação na regulação. Fonte: elaboração própria do estudo.



Os mapas de entrevistas revelam que alguns participantes destacam a pouca - ou nenhuma - interface do SISREG com outros sistemas de apoio ao trabalho na Atenção Primária, especialmente com os softwares de prontuário eletrônico (ex: *VitaCare*), variam dependendo da unidade e são utilizados em paralelo, inclusive com retrabalho de inserção de dados do quadro clínico para cada solicitação. Enquanto a partir do SISREG (ou do SER, para certos procedimentos) é emitida uma guia com a chave do agendamento, o software de prontuário eletrônico da UBS emite a guia de encaminhamento (ficha de referência) - ambos necessários para que o usuário possa obter atendimento autorizado na rede de atenção especializada.

Não houve relatos de problemas como travamentos e *bugs* nos softwares utilizados pelos médicos reguladores. No entanto, houve críticas em relação à usabilidade do SISREG, em comparação ao SER, a usabilidade do primeiro foi apontada como melhor.

5 Discussão

A metodologia aplicada abordou aspectos relacionados ao cotidiano da atuação da regulação ambulatorial na unidade de saúde, especialmente aqueles relacionados às inovações e adaptações elaboradas (a partir ou na) da prática dos médicos reguladores.

De acordo com as entrevistas, o médico regulador atua em constante sensação de alerta que prescinde da tomada de decisão sobre o procedimento especializado que o usuário necessita. A aproximação desta tomada de decisão com o território e suas idiossincrasias parece possibilitar o compartilhamento da decisão sobre a melhor vaga e o melhor caminho

para realização do procedimento com o usuário e seu médico de família. Desta maneira, pode contribuir para maior permeabilidade aos aspectos sociais e das especificidades dos usuários.

Aparentemente, esta proximidade com os casos no momento da decisão propicia maior diálogo entre o médico solicitante e o médico regulador da unidade, fornecendo mais elementos para a decisão sobre o procedimento especializado a ser prestado e a coordenação do cuidado.

Outro aspecto que vale observação sobre esta proximidade da tomada de decisão com a realidade da UBS e do usuário assistido é se esta contribui para a utilização dos critérios de prioridade de maneira mais homogênea entre cada UBS.

Há diversidade nas unidades sobre o desempenho na gestão desta regulação. Existem unidades onde apenas o médico responsável técnico tem atribuições de regulador para toda unidade (o que pode contribuir para esta homogeneidade dos critérios de prioridade), como também unidades onde médicos reguladores fazem escala para regular em diferentes dias da semana, ou ainda onde médicos reguladores tenham especificadas as equipes e médicos solicitantes que irão regular as solicitações. Esta diversidade da gestão da regulação nas unidades necessita de estudos mais aprofundados para gerar inferências sobre seus impactos nos critérios de prioridade.

Estudos futuros, tanto da abordagem desta tomada de decisão do médico regulador e sua relação com a unidade de saúde e seus usuários, quanto da permeabilidade dos aspectos territoriais e sociais na resolutividade e acesso dos usuários aos serviços, são oportunos. Estes contribuem para destacar seus efeitos no processo de trabalho, assim como na opinião e atuação de outros atores envolvidos no processo, como os usuários.

Em particular, a ausência de período formalizado para regular, combinada com a imprevisibilidade na abertura de vagas e o curto tempo disponível para agendar vagas de

procedimentos com demanda reprimida, exerce grande influência no trabalho dos médicos reguladores. Entretanto, as grandes diferenças operacionais de cada UBS moldam a realidade de trabalho do regulador tanto quanto os elementos até aqui apresentados. Em face a isto, é irremediável o fato de que a resolutividade dos agendamentos se torna dependente não apenas da dedicação, mas também da disponibilidade alcançada por cada médico regulador. Este aspecto foi comentado nas entrevistas, encarado como um obstáculo para tornar verdadeiramente equânime o sistema de regulação ambulatorial do município.

Nas subseções a seguir apresentamos a discussão proveniente dos resultados de acordo com os principais aspectos destacados no presente estudo.

□ **5.1 A descentralização e a Coordenação do Cuidado**

Embora para traçar uma avaliação dos impactos da descentralização da regulação ambulatorial na coordenação do cuidado seja necessário um estudo de caso mais específico, o presente estudo destaca a aproximação dos médicos reguladores na UBS da dinâmica social e, conseqüentemente, fortalece sua participação na coordenação do cuidado. Estes profissionais vivenciam cotidianamente as angústias e sofrimentos da população assistida por sua unidade e, dessa forma, trazem para o cuidado elementos críticos da dinâmica sociocultural local. Assumindo a reivindicação de abertura de vagas de uma determinada especialidade ou pela transparência da oferta de todas as vagas.

Os médicos reguladores das UBS entrevistados, ao partilharem da tomada de decisão sobre a vaga que o usuário terá acesso, querem também saber do planejamento, custos e gestão destas vagas. Ao ficar na ponta do sistema, a decisão fica submetida à oferta de vagas mensuradas e organizadas pela regulação central e pelo núcleo interno de regulação.

Assim, os entrevistados dialogam sobre a importância de maior transparência na oferta de vagas, seja para evitar ruídos na rede, como para evitar que seja uma informação privilegiada

de acesso às vagas. Relato que identifica limites entre a centralização e descentralização que merecem mais aprofundamento.

Por outro lado, neste processo de descentralização apresenta-se uma ampliação do número de reguladores e uma aproximação com os valores morais, políticos e socioculturais do território. Questão que pode ser uma ponte para a ampliação da participação da sociedade no processo de fiscalização dos recursos e do andamento dos trabalhos realizados no Sistema Único de Saúde.

Sobre a tomada de decisão em si, os relatos levam a considerar que a proximidade entre o médico solicitante e o médico regulador facilita a comunicação com mais elementos sobre as necessidades do quadro clínico e contexto social do usuário. Por outro lado, esta troca de informação mais próxima entre o coordenador do cuidado do usuário e o regulador da vaga também possibilita uma proximidade entre os atores da mesma unidade e até mesma AP sobre a utilização dos critérios de prioridade.

Esta proximidade pode vir a propiciar que os reguladores compartilhem uma mesma avaliação da aplicação dos critérios de prioridade, contribuindo para a melhoria da equidade ao acesso dos procedimentos especializados.

■ **5.2 A APS como protagonista na Coordenação do Cuidado**

Tendo em vista a APS como coordenadora do cuidado em saúde e porta de entrada do Sistema Único de Saúde, mostra-se interessante avaliar o impacto desta descentralização no protagonismo da atenção primária na atenção à saúde. O presente estudo possibilitou verificar que estas atribuições ao médico da APS também descentraliza a alocação dos recursos do sistema de saúde.

Dessa forma, o médico pode influenciar na demanda dos procedimentos especializados, como ao aprovar apenas solicitações que dialoguem com o papel de coordenador do cuidado

do médico de família e comunidade e o entendimento de que a atenção básica deve ser resolutive na maioria dos casos.

Em termos gerais, segundo **Pinto et al. (2017)**, em 2015 do total de 186.326 horas contratadas, esperava-se um total de 372.652 consultas com especialistas e apenas 45.980 foram reguladas. Nesse período, a produção ambulatorial semanal estimada foi de 437.291 procedimentos, exames e consultas. Há grandes diferenças entre as esferas administrativas, sendo a municipal a maior provedora: responsável por 63,3% da oferta de vagas no SISREG, sendo 38,4% das unidades municipais próprias, 24,9% das unidades conveniadas ao SUS, 9,0% a estadual, e a federal 2,3%

Ainda segundo **Pinto et al. (2017)**, de acordo com dados do CNES e SISREG municipal, a seleção de algumas especialidades e procedimentos evidencia grandes disparidades entre a proporção de consultas reguladas pela SMS-RJ em relação ao total de consultas esperadas, oscilando entre 5,7% para consultas de fisioterapia, 8,1% para consulta de ginecologia – cirurgia de baixo e médio risco, a 48,3% para as consultas em oftalmologia geral.

□ **5.3 A Formação do Médico Regulador das UBS**

A análise dos depoimentos dos médicos reguladores nos permitiu enxergar que entre os pilares da proposta de descentralização está também a aposta no médico especialista em medicina de família e comunidade. Formação que implica diretamente na forma como a solicitação de procedimentos é realizada, assim como na capacidade de resolução das demandas de saúde da própria atenção primária. Desta forma, ao abordar o tema da formação do regulador na unidade, os aspectos da formação básica do médico (estado de formação, tempo de formado e/ou trajetória no sistema de saúde) implicam na atenção que o médico regulador precisa dispensar às solicitações enviadas.

Por outro lado, as disparidades de formação e capacitação entre médicos da família solicitantes (tanto residentes quanto não-residentes) coloca para o médico regulador o desafio de uma educação permanente para com o solicitante na UBS. Isto, não apenas sobre a relação entre os casos clínicos e os critérios de prioridade aplicados, mas sobre a atenção primária e seu papel de coordenadora do cuidado.

Quando há uma discrepância de formação - principalmente em relação à área de atenção básica e saúde da família - os diálogos sobre os critérios de prioridade e justificativas de solicitações podem apresentar ruídos e tensões entre regulador e solicitante. Assim, podem vir a gerar maior carga de trabalho ao regulador e discrepâncias nos encaminhamentos da unidade.

Ao descrever a sua formação, alguns médicos entrevistados apontam que sua *expertise* é oriunda da residência em Medicina de Família e Comunidade. Um dos programas de residência em Medicina de Família e Comunidade é o da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PRMFC-SMS-RJ) criado em 2011 com a abertura inicial de 60 vagas atualmente são oferecidas 150 vagas por ano. Assim, a rede de saúde do município conta com médicos de diversas turmas que se vincularam ao projeto de expansão da atenção básica e descentralização da regulação.

Aqueles médicos que não realizaram residência em medicina de família e comunidade afirmam que a experiência e o contato com colegas compensam a falta da formação. Da mesma forma, parte dos reguladores aponta que não participou de capacitações para o uso SISREG, o que pode contribuir para assimetria quanto à perícia no seu uso, impactando na qualidade da regulação e equidade de acesso aos serviços especializados.

Assim, o projeto de descentralização da regulação aparece em conjunto com uma aposta na formação de novos médicos de família e comunidade. Tanto para munir as equipes de

médicos residentes em formação para saúde da família e comunidade, como para projetar supervisores mais capazes de analisar casos-sentinelas, formular e apontar os melhores caminhos da rede para a coordenação do cuidado de cada usuário. Projeto que vale ser melhor investigado em toda sua dimensão de esforço político, estrutural e financeiro e seu impacto na rede de saúde e no cuidado com o usuário.

5.4 A aplicação e uso de protocolos clínicos estabelecidos

A tomada de decisão envolvendo agendar, devolver, deixar pendente ou negar a solicitação dos médicos de família e comunidade, entre outros fatores já abordados neste relatório, está relacionada também à aplicação da abordagem clínica adequada ao caso de cada usuário. Sendo assim, destaca-se a aplicação dos protocolos clínicos a fim de identificar as dificuldades que o médico regulador e solicitante enfrentam ao buscar ou aprovar um encaminhamento.

A partir de uma situação real com gargalos de vagas e discrepâncias na formação do médico de equipe que atua nas UBS sobre a APS, a aplicação dos protocolos precisa de uma adequação às possibilidades existentes. Desta forma, os entrevistados apresentam caminhos alternativos para chegar ao diagnóstico ou tratamento necessário.

As alternativas e inovações relatadas e aqui destacadas visam principalmente a relação entre médico solicitante, regulador e ofertante sobre o uso dos protocolos e suas margens de aplicação estabelecidas. Assim, é interessante verificar a adequação das solicitações às vagas existentes no momento em que o usuário precisa do procedimento.

Outro fator que dialoga com os protocolos clínicos apresenta-se nas restrições colocadas pelos serviços prestadores dos procedimentos especializados. Os médicos reguladores entrevistados relatam que ao restringirem o perfil da vaga ofertada para uma determinada faixa etária ou determinado procedimento de maior ou menor complexidade, diminuem e dificultam o acesso dos usuários aos procedimentos.

Tais restrições podem levar o solicitante, o regulador da UBS e até o regulador do NIR e/ou da Central a buscarem contato com o prestador, ou buscarem novos prestadores no território de referência. Desta forma, interfere na aplicação do protocolo clínico, tanto no tempo da abordagem para realização do procedimento, quanto na adequação dos procedimentos necessários as vagas oportunas.

Os entrevistados relatam também que a formação em medicina de família e comunidade aponta para a aplicação de protocolos clínicos voltados a resolução dos casos na atenção básica. Isto interfere nos manejos clínicos propostos no processo de regulação, tanto pelo médico que não apresenta esta formação na UBS, quanto nos procedimentos especializados, no qual o médico apresenta formação especialista e de alta complexidade.

Observa-se que o diálogo entre tais formações exige maior adequação e entendimento do papel de coordenador do cuidado do médico de família, o que contribui para inovações da aplicação de protocolos clínicos mais efetivos sobre o processo saúde-doença, e não apenas sobre o tratamento da doença.

□ **5.5 O processo de contrarreferência**

Os elementos apresentados até aqui também influenciam na contrarreferência, principalmente os relacionados à coordenação do cuidado e à formação médica. Os médicos reguladores apontam que o não preenchimento da contrarreferência dificulta o entendimento da avaliação do médico prestador do procedimento especializado, o que implica em haver necessidade dos usuários relatarem como ocorreu o procedimento e quais são as indicações de diagnóstico, tratamento ou complementação de consultas/exames.

De acordo com os médicos reguladores entrevistados, este fenômeno é característico tanto dos procedimentos especializados realizados em unidades ofertantes públicas como privadas. Infelizmente, uma vez que a referência e contrarreferência são elaboradas externamente ao SISREG (como discutido em mais detalhes no tópico sobre Aspectos de Tecnologia da Informação neste documento), torna-se difícil obter um indicador exato deste aspecto.

Esta lacuna de diálogo entre o médico regulador e o médico prestador, segundo os entrevistados, pode até prejudicar o fechamento de diagnóstico e tratamento do usuário. Isto ocorre porque a ausência da contrarreferência pode implicar em entender o objetivo do tratamento sugerido (entendido segundo narrativa do usuário) ou avaliar possíveis causas do insucesso deste tratamento.

Quando os médicos reguladores relatam não atingir o objetivo esperado com o procedimento solicitado, e não conseguir contato com o ofertante, está opacidade de informação torna necessário o reencaminhamento do usuário para a atenção especializada, onerando o sistema de saúde e ocupando vagas preciosas. A adequada comunicação entre solicitante, regulador e ofertante é uma relação primordial na construção da coordenação do cuidado, demandando um estudo mais aprofundado.

Um elemento que pode estar relacionado a esta dificuldade é o fato de que o diálogo entre o solicitante e o executante do procedimento ainda é atravessado por ferramentas pouco conhecidas ou pouco adequadas às necessidades desta comunicação. Na ficha de encaminhamento, o espaço destinado a contrarreferência possui poucas linhas. Tendo em vista os casos complexos, e até mesmo a ampliação da visão do médico de equipe do processo saúde-doença (com a formação em medicina de família e comunidade), esta contrarreferência precisa de novos contornos e diálogos mais próximos entre os médicos solicitantes e ofertantes.

É neste sentido que surgem adaptações usadas pelos médicos reguladores, como uma folha de referência em anexo ao encaminhamento para apresentar o caso e as suspeitas a serem investigadas. Por outro lado, outra proposta de melhoria apresentava o pagamento do procedimento realizado ao preenchimento da contrarreferência. Contudo, esta proposta também é problematizada ao discutir o teor e qualidade da referência quando apresentada apenas para contabilizar os custos dos procedimentos. Tais adaptações apontam para a importância de investimento nesta relação entre solicitante e prestador com uma comunicação mais oportuna e direta.

□ **5.6 A atribuição de Critérios de Prioridade pelos médicos reguladores**

Os tempos de espera para tratamentos eletivos (não emergenciais) são uma das principais preocupações das políticas de saúde em vários países. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) aponta a importância da sistematização desta informação e sua divulgação como principal estratégia para a resolução do problema (OCDE, 2013). Entretanto, como visto nas entrevistas deste estudo e corroborado por Richardson e Peacock (2003), o acesso excessivo aos serviços médicos sem utilização de evidências científicas sólidas causam mais danos do que benefícios à população.

A avaliação dos critérios de prioridade atribuídos por médicos de equipe às solicitações está no âmago da atividade de regulação. Como consequência marcante da adoção do modelo descentralizado, foi relatado pelos entrevistados que, para avaliação do critério de prioridade de solicitações complexas e cujos casos os reguladores não possuem familiaridade, muitas vezes os respectivos médicos solicitantes são consultados (pessoalmente ou por mensagem de texto), sendo o critério de prioridade final decidido conjuntamente.

Buscando auxiliar a formação do médico residente e, conseqüentemente, uniformizar a atribuição de critérios de prioridade entre as solicitações em cada unidade básica de saúde, os médicos reguladores promovem regularmente a discussão de casos-sentinela. No entanto, também é relatada nas entrevistas a existência de disparidade nesta avaliação inclusive entre unidades básicas de saúde próximas.

Diante desse quadro, sugere-se a adoção de medidas organizacionais que possam alinhar este conhecimento, como por exemplo:

- i. Discussão periódica de casos-sentinela entre reguladores de uma mesma AP;
- ii. A seleção de reguladores-chave, dentre aqueles de uma AP, responsáveis por alinhar a atribuição dos critérios de prioridade entre as AP.

Verificou-se pouca familiaridade de alguns reguladores com as orientações para atribuição de critérios de prioridade - tal como constam no documento “SISREG – Protocolo para o Regulador”, desenvolvido pela SMS do MRJ (RIO DE JANEIRO, 2016). Questões relativas à vulnerabilidade social dos usuários foram consideradas em algumas entrevistas como importantes na avaliação dos critérios. De maneira geral, foi identificado um anseio por capacitação dedicada à atividade de regulação para médicos de equipe designados como reguladores.

Embora os protocolos clínicos para atribuição de critérios de prioridade sejam considerados pertinentes e práticos para a maior parte dos casos, a classificação das solicitações em apenas quatro grupos (cores), segundo os entrevistados, não é vista como ideal para o agendamento de solicitações de procedimentos-gargalo. Para estes procedimentos, é comum haver grandes filas de solicitações aguardando agendamento, incorrendo em períodos de espera superiores àqueles preconizados como máximo pelos critérios de prioridade (ex: 30 dias para agendamento das solicitações vermelhas). Desta maneira, há necessidade de se priorizar o agendamento de apenas uma parcela destas solicitações, tornando-se mais criteriosa a decisão de priorização.

No entanto, não há suporte a esta decisão de priorização, sendo necessária a memorização dos casos mais prioritários entre cada um dos grupos de cores para o encaminhamento - o que nem sempre é efetivo, visto que vagas podem demorar semanas para serem abertas. Para os entrevistados, é também comum vagas para procedimentos-gargalo

surgirem inesperadamente ao longo do dia e permanecerem abertas no SISREG por apenas alguns minutos, contribuindo para uma priorização não otimizada.

Esta conjuntura aponta para a formulação de critérios clínicos que suportem a decisão de priorização dentre solicitações de um mesmo grupo (principalmente vermelho e amarelo). Propõe-se que esta priorização intragrupo seja implementada de maneira flexível, facultando ao regulador a decisão por utilizá-la ou não, a depender do caráter da fila de solicitações.

□ **5.7 A ética e critérios de justiça no processo de regulação**

Cobucci et al. (2013), apontam que, para a racionalização dos gastos na saúde, é necessário superar dois obstáculos principais referentes à profissão médica: Um vinculado a tomada de decisão e o poder de decidir, e outro referente “a dificuldade de responder sobre a necessidade, ou não, da realização de exames complementares para elucidação diagnóstica, e sobre qual o melhor tratamento”.

Para os autores, “a tomada de decisão na área médica é complexa e depende de variados fatores como considerações éticas, científicas, respeito à autonomia do doente, preferências do médico e influência dos familiares e da sociedade”. Considerações que se mostram relevantes também neste estudo sobre os aspectos da regulação ambulatorial descentralizada (**COBUCCI et al, 2013**).

Nas entrevistas realizadas nas diferentes áreas programáticas do município havia, a todo momento, a preocupação com o comportamento ético dos reguladores em atribuir os critérios de prioridade coerentes com o protocolo estabelecido. No entanto, se considerava importante uma flexibilização deste nos casos de maior complexidade e vulnerabilidade social.

O maior questionamento era se os reguladores das outras unidades ou áreas programáticas estavam utilizando os mesmos critérios de prioridade e se eram coerentes com a descrição do caso clínico, ou se ampliam a gravidade do quadro para classificar o caso com prioridade vermelha quando seria amarela. Assim, garantia-se um atendimento mais rápido para seus usuários, que poderiam até apresentar necessidade de atendimento mais rápido por motivos sociais ou outros não apontados nos protocolos dos critérios de prioridade (**RIO DE JANEIRO, 2016**).

Esta reflexão sobre a equidade no acesso aos procedimentos, os critérios para priorizar os casos e a atuação ética dos médicos foi uma preocupação recorrente dos entrevistados. Alguns chegaram a relatar que a descentralização contribuiu para uma ética

local (nas UBS e AP) sobre tais critérios, o que também gera conflitos ou desconfianças entre as outras unidades ou APs. Afinal, todos querem garantir o atendimento mais rápido e eficaz para o usuário da sua unidade ou equipe.

Com a abertura das vagas ociosas em momentos aleatórios, o total de vagas disponíveis será preenchido pelos reguladores que tiverem acesso ao sistema primeiro (aquele que for mais ágil e hábil em descobrir a abertura das vagas e agendar os encaminhamentos no SISREG), mesmo que a prioridade de suas solicitações seja menor do que as não inseridas (por falta de informação, agilidade ou habilidade do regulador) por outra unidade. Estas últimas entraram no SISREG como pendentes para futuro agendamento pelo regulador da unidade quando as vagas estiverem disponíveis novamente e esse conseguir inseri-las no sistema.

Com isto, se o regulador não conseguir acessar o SISREG no momento oportuno da abertura de vagas, seus usuários não entraram na fila para o procedimento e não estarão contemplados pelos critérios de prioridade. Ou seja, os casos inseridos por uma unidade como grupo dos amarelos, serão atendidos antes dos casos da outra unidade que não conseguiu inserir seus casos vermelhos.

Assim, evidencia-se que o regulador não conseguiu inserir suas solicitações no momento em que as vagas estavam disponíveis. Tal fato constitui uma “corrida” e “competição” entre os reguladores das unidades para assegurar que seus usuários tenham acesso ao procedimento especializado necessário.

Além de criar pressão sobre a tomada de decisão do regulador, cria inseguranças sobre a garantia de um acesso equânime e justo, o que gera questionamento sobre a ferramenta utilizada e sua gestão para subsidiar suporte aos critérios de justiça, fundamentais para o funcionamento racional do sistema de regulação ambulatorial descentralizado.

Outra questão a ter destaque sobre os critérios de justiça utilizados para dar prioridade às solicitações refere-se aos de prioridade entre as cores já estabelecidas. Qual solicitação entre as classificadas como vermelhas é prioridade? Quem avalia esta situação? Estas questões não são claras para a maioria dos médicos reguladores entrevistados e geram inseguranças no momento de classificar e/ou descrever o caso do usuário.

Tais questões reforçam o entendimento de Cobucci & Duarte (2013), de que “atualmente a prática médica passa por uma crise quando o assunto se refere à tomada de decisão”. De tal forma, precisamos avançar nos estudos referentes a bioética, principalmente

no que se refere aos critérios éticos da tomada de decisão, além de aperfeiçoamento das ferramentas, gestão e capacitação dos médicos para os conflitos e critérios de justiça que auxiliam na tomada de decisão (COBUCCI et al, 2013).

□ **5.8 Os aspectos de melhoria na Tecnologia da Informação**

Para garantir o bom funcionamento do sistema de regulação ambulatorial, é fundamental que as ferramentas de Tecnologia da Informação (TI) utilizadas para suportar os fluxos deste sistema possuam aderência ao processo de trabalho de seus agentes. Neste sentido, a descentralização da regulação (mantendo os reguladores da Central e dos NIR) apresenta um cenário com desafios únicos para o SISREG - a plataforma de TI utilizada na gestão dos fluxos de encaminhamento.

No momento atual, foram identificados núcleos de pouca aderência entre o *workflow* estabelecido pelo SISREG e o processo de regulação ambulatorial descentralizada como implementada pela SMS. A seguir, são comentados alguns aspectos-chave de influência do SISREG na atividade de regulação ambulatorial realiza nas UBS.

■ **5.8.1 A configuração de perfis de usuário no sistema de regulação**

As três classes de médicos reguladores do MRJ (Central de Regulação Ambulatorial, NIR e UBS) parecem possuir o mesmo perfil de usuário no SISREG. Esta configuração impede que reguladores de maiores níveis hierárquicos (os da Central e dos NIR) possuam prerrogativas exclusivas e que as funcionalidades estejam direcionadas ao papel de cada agente regulador do sistema. Especificamente, isso se traduz nos seguintes obstáculos:

- A possibilidade de um regulador de UBS autorizar e agendar solicitações para procedimentos de regulação centralizada para os NIR ou a Central;
- A possibilidade de um regulador alterar campos de uma solicitação “aguardando agendamento” de qualquer outro regulador do município (independente da classe).

■ **5.8.2 Limites do workflow do SISREG**

O *workflow* estabelecido no SISREG não oferece suporte integral ao processo de regulação descentralizado. Dentre as etapas do processo que são executadas externamente à plataforma, se destacam:

1. Elaboração da Referência pelo médico de equipe solicitante e envio da mesma ao agente ofertante;

2. Elaboração da Contrarreferência pelo agente ofertante e envio da mesma ao médico de equipe;
3. Comunicação entre os três principais agentes do sistema - solicitante, regulador e ofertante - antes, durante e após a realização do procedimento especializado;
4. A disponibilização de informações do usuário cadastradas no *CadSUS* e no Prontuário Eletrônico da UBS ao agente ofertante.

Estes limites trazem a necessidade de produção de documentação física (quanto aos itens 1 e 2) e utilização de canais de comunicação alternativos (quanto aos itens 3 e 4) para execução destas etapas do processo. Uma vez que o controle sobre a adequada elaboração de documentação física torna-se mais difícil, e a efetividade de canais de comunicação alternativos não é garantida, o sistema de regulação ambulatorial se torna mais sujeito a perturbações.

■ 5.8.3 Aglutinação das filas de solicitações na regulação

O processo de regulação provoca duas filas de solicitações:

1. A de solicitações aguardando avaliação do médico regulador;
2. A de solicitações já autorizadas e aguardando agendamento.

No entanto, o SISREG aglutina estas duas filas em apenas uma. O efeito, segundo os entrevistados, na interface do sistema é que só é possível ao regulador autorizar uma solicitação se esta for agendada na sequência. Isto, por si só, não parece ideal para uma boa priorização de solicitações que se encontram atribuídas ao mesmo critério de prioridade, uma vez que ao começar a avaliar a fila de solicitações e decidir pela autorização de uma destas, o regulador encontra dois caminhos possíveis no SISREG:

- Autorizar a solicitação e prosseguir ao seu agendamento, dando prioridade a ela. Esta não é uma opção ideal porque ele ainda não tomou conhecimento das demais;
- Não autorizar imediatamente, retornando à tela da fila para verificar se outras solicitações no mesmo critério de prioridade teriam prioridade no agendamento. Essa também não é uma opção ideal, porque adotar esta prática na gestão de filas de muitas dezenas de solicitações leva a uma grande carga

cognitiva diante da necessidade de se memorizar quais solicitações já foram avaliadas.

No entanto, há outra implicação notável. Segundo os entrevistados, em um contexto de grande tempo de espera para agendamento de vagas, parte das solicitações da fila B tornam-se desatualizadas. Entre as razões para tal podem-se destacar a alteração (muitas vezes agravamento) do quadro clínico do usuário e do critério de prioridade pertinente, óbito do mesmo ou mudança de endereço para fora dos limites do território da UBS. Para estes casos, o ideal seria o sistema de TI permitir a edição dos parâmetros destas solicitações pelos solicitantes, desde que tais solicitações alteradas fossem redirecionadas novamente à fila A (para validação do regulador).

No entanto, a existência de uma fila única no SISREG impossibilita a execução deste sequenciamento de etapas, sendo, portanto, vedado aos solicitantes qualquer edição das solicitações após a submissão das mesmas. Consequentemente, os gargalos de vagas produzem uma parcela de solicitações desatualizadas e latentes. Para contornar este obstáculo, as equipes médicas costumam adotar um estratagema composto de duas etapas:

1. Varredura para “limpeza” da lista de solicitações antigas. Há uma presunção pelo regulador de potencial desatualização das solicitações aguardando vaga há mais de 3 ou 6 meses. O entendimento de uma solicitação como desatualizada é realizado pelo regulador durante a varredura, utilizando informações individuais da solicitação para além do tempo decorrido desde a sua submissão, incluindo os cenários possíveis de evolução para o quadro clínico em questão;
2. A partir da identificação de uma solicitação desatualizada, dois caminhos podem ser tomados. A escolha por um deles é dependente do estilo de trabalho do regulador (potencialmente influenciado pela dinâmica de interação entre regulador e solicitantes da UBS), além do quadro clínico em questão:
 - O regulador devolve a solicitação ao solicitante;
 - O regulador atualiza a solicitação a partir da edição de parâmetros (notadamente o critério de prioridade). O caráter desta edição pode ser decidido isoladamente pelo regulador ou em conjunto com o solicitante. Parte das vezes a edição é realizada a partir de pedido do solicitante.

A aglutinação das duas filas em uma única torna-se mais confusa em razão da ausência de uma funcionalidade dedicada a registrar uma solicitação como já vista e autorizada, mas ainda aguardando vaga. Para suprir esta lacuna os reguladores lançam mão de dois estratégias:

- Após avaliar uma solicitação como autorizada, escrever “visto” ou expressão semelhante no campo de “Observações da solicitação”. Como desvantagem desta opção, destaca-se o tempo gasto para repetir esta ação para todas as solicitações autorizadas (porém não agendadas) ao longo da jornada de trabalho, além da dificuldade gerada para gestão posterior da fila, pois só se descobre se uma solicitação já foi avaliada após consultar seu detalhamento, apresentado em outra tela pelo SISREG;
- Marcar a caixa de seleção correspondente à solicitação na tela da fila de solicitações. Como desvantagem desta opção, destaca-se a impossibilidade de marcar essa caixa na tela de detalhamento da solicitação (sendo necessário voltar à tela da fila e encontrar a solicitação na lista). Além disso, uma vez que o SISREG não torna explícita (ex: com legenda apropriada) o propósito original desta coluna de caixas de seleção, alguns reguladores demonstraram inquietação pela possibilidade de outros reguladores do MRJ (lembrando que todas as solicitações do município estão abertas à edição por todos os reguladores do município) não adotarem esta convenção, o que poderia levar a incongruências na gestão da fila.
- Um dos fatores apontados como entrave para a diminuição das filas, foi a dificuldade de contratação de novas vagas a serem ofertadas na rede privada, em virtude das limitações legais impostas pela Tribunal de contas do Município, que limita o valor a ser pago por uma consulta. Essa limitação impossibilita a Secretaria Municipal de Saúde de ampliar a oferta de vagas para reduzir as filas de espera.

■ **5.8.4 Exibição de vagas disponíveis**

As vagas disponíveis para agendamento são exibidas apenas na tela de detalhamento da solicitação, sendo exibidas aquelas pertinentes a essa. Segundo os médicos entrevistados, também não existe a funcionalidade de alerta de abertura de vagas. Isso se traduz pela necessidade de realização constante de varreduras na lista de solicitações, navegando à tela

de detalhamento de cada solicitação individualmente para checar se foram abertas vagas para a mesma.

É importante lembrar de dois fatores: 1) em uma conjuntura de escassez na oferta de vagas para procedimentos especializados ao município, a lista de solicitações pendentes para cada UBS pode alcançar algumas centenas, como observado no trabalho de campo ao longo do ano de 2017; 2) não há horários formalmente dedicados à atividade de regulação na jornada de trabalho dos médicos reguladores das UBS, tanto para RT como não RT, como observado no campo do estudo e no documento elaborado sobre as reuniões dos RTs elaborado pela SMS/MRJ¹. Desta maneira, a varredura diária de solicitações buscando vagas, navegando pela interface do SISREG, pode facilmente extrapolar o tempo disponível para o médico regulador realizá-la, gerando potenciais riscos ao desempenho da função de regulação e de outras funções na UBS.

Esta configuração proporcionou o surgimento de estratégias para compartilhar informações sobre as vagas de procedimentos-gargalo, como grupos no *WhatsApp* abrangendo desde redes locais (de uma única UBS) até regionais (distribuídos por toda uma AP). Conforme entrevistas revelam, a convenção tácita assumida nestas redes é que, após um regulador descobrir a abertura de vagas para um procedimento-gargalo, ele agendará as solicitações de sua UBS e, em seguida, comunicará a abertura aos demais pelo aplicativo.

Uma vez que certos procedimentos-gargalo apresentam sérias restrições de vaga, e que vagas podem surgir no SISREG entre 08-22h (janela de horário mais ampla que a jornada diária dos reguladores nas UBS), muitos relataram a necessidade de regular em suas residências, ou mesmo no percurso trabalho-casa.

■ **5.8.5 Aspectos de usabilidade dos sistemas informatizados**

Segundo os entrevistados, após um agendamento concluído, se o regulador clicar em “nova autorização” (botão que retorna à fila de solicitações), os dados de filtro da lista são perdidos, levando o regulador a adotar o estratagema de clicar várias vezes no botão “voltar” do navegador para poupar a reinserção dos dados de filtro.

Um dos aspectos notáveis do *workflow* implementado no SISREG é o momento de exibição das restrições de atendimento das unidades ofertantes. Em vez de serem apresentadas como elementos para decisão de agendamento dos reguladores, elas se

¹ Acessível em http://www.subpav.org/download/sisreg/_SISREG_regulador_protocolo.pdf

encontram ocultas até o agendamento estar concluído, sendo exibidas somente na guia de encaminhamento. Caso algum elemento da solicitação esteja enquadrado nas restrições apresentadas, a unidade especializada possui a prerrogativa de não realizar o atendimento, sendo, portanto, necessário que o regulador agende a solicitação para outra unidade. No entanto, uma vez emitida a guia de encaminhamento (na qual consta uma chave única de encaminhamento para utilização pelo ofertante), o SISREG não permite o reagendamento da solicitação para outra unidade.

A única solução é, portanto, o cancelamento do agendamento e contato com o respectivo médico solicitante para que esse possa reinserir a solicitação no SISREG, com subsequente autorização e agendamento pelo regulador. Caso se trate de procedimento-gargalo, há risco de a vaga já haver sido preenchida no momento de conclusão deste processo. Foram relatados alguns estratagemas para contornar este retrabalho, que incluem a tentativa de mapeamento das restrições de atendimento e a consulta com os NIR antes de agendar solicitações menos comuns. No entanto, estes parecem não possuir grande eficácia, além de consumirem tempo das equipes de saúde.

7 Considerações Finais

A abordagem qualitativa do presente estudo permitiu identificar processos que estavam fora das atribuições anteriormente planejadas, apontando inovações e possíveis ajustes a serem realizados nas políticas de saúde. Da mesma forma, permitiu a indicação de experiências a serem compartilhadas incentivando a formulação de adaptações que geram mais eficiência em cada território.

As limitações do estudo não atrapalharam o desenvolvimento e resultado da pesquisa. Contudo, ressaltaram-se as dificuldades de ir a campo e compreender a atividade da regulação e realizar a compilação dos dados deste sistema complexo.

Assim, o processo de regulação apresenta forte relação com a maneira como o município organiza e gerencia a atenção primária. No entanto, esse apenas propicia um caminho base, já que, em cada território aparecem diversas tramas a depender da formação do profissional médico, de sua relação com a UBS e o local de atuação.

A Reforma da Atenção Primária em Saúde no MRJ e a descentralização da regulação na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro cria novos atores no desenvolvimento

da política de regulação, aproxima o tema e a tomada de decisão da regulação dos territórios de saúde e traz outras dinâmicas que interagem buscando fortalecer a coordenação do cuidado.

Apesar do posicionamento favorável à descentralização de todos os entrevistados, existe a necessidade de mais estudos que ampliem e aprofundem os resultados encontrados. O tema da regulação como um elemento estratégico da coordenação do cuidado, diante de sua magnitude, impacto no sistema de saúde e na vida da população brasileira faria bom uso de maior investimento da academia e das esferas de gestão.

Também como oportunidade de estudos futuros, investigar os tempos de espera da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro pode ajudar a compreender o funcionamento das filas ambulatoriais do SUS local, considerando a capacidade instalada de serviços públicos no Rio de Janeiro, que, por ter sido capital do País, herdou grande rede hospitalar.

A partir deste estudo de caso sobre o município do Rio de Janeiro é possível elencar um conjunto de recomendações que possam, de alguma, forma apoiar e dar subsídios aos gestores e profissionais de saúde no aprimoramento da regulação da assistência.

As recomendações expressas aqui seguem o propósito de destacar a uniformidade na avaliação positiva do processo de regulação encontrada no caso estudado, elencando elementos que devem ser priorizados na busca da qualidade. Da mesma forma, destacam-se pontos que devem ser alvo de melhorias e necessários ao processo de implementação da regulação.

Recomenda-se, então, fortalecer a descentralização da regulação, no sentido de que a proximidade com o usuário e o território venha a ser um elemento que, de fato, colabore para produzir acessos aos serviços no âmbito da RAS com maior resolutividade, tal como está estabelecido nos atributos da APS.

No entanto, nota-se também ser necessário que o profissional atuante na coordenação do cuidado tenha um perfil adequado para a atuação na APS, e mais especificamente na regulação. Pelo estudo, observou-se que este perfil vem sendo lapidado por iniciativas para a formação dos médicos de família por meio da residência, onde os serviços da Atenção Primária são o campo de prática para os residentes. Este conjunto entre a academia e o serviço é recomendado também por agregar valor à qualificação profissional ao produzir e fortalecer espaços para a educação permanente e discussões clínicas.

O caminho em busca da adequação do perfil profissional também poderia fomentar-se em arranjos institucionais dos processos formativos realizados pelas universidades, e desenvolvimento de programa de estágio nas unidades de atenção primária.

Por outro lado, destacam-se alguns pontos onde se recomenda a busca estratégias de melhorias. Estes envolvem as dificuldades relativas à comunicação entre os profissionais solicitantes e os especialistas no que diz respeito a referências e contrarreferências. A democratização da informação sobre vagas, dos tempos de espera, também precisa ocorrer de forma a produzir maior equidade no processo da regulação do acesso. E a gestão do tempo de trabalho dedicado à regulação foi um ponto imperativo identificado no estudo.

Ao se tratar da regulação do acesso aos serviços da RAS, a acessibilidade vem a ser um fator preponderante que deve ser avaliado constantemente pelos gestores e profissionais envolvidos, tanto em sua dimensão geográfica, ao pensar o tempo e custo do deslocamento do usuário, quanto na sócio organizativa, envolvendo recursos humanos e tecnológicos adequados à necessidade de saúde da população, com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço ofertado.

Bibliografia

ALMEIDA, P. F. D. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em debate**, 37, 2013. 400-415.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, 2017. 1141-1154.

BRASIL. Resolução nº 506, de 03 de fevereiro de 2016. Conselho Nacional de Saúde. [S.l.].

COBUCCI, R. N. O. et al. Bioética, assistência médica e justiça social. **Revista Bioética**, 21, 2013.

D'AVILA, A. L. Da ideia ao mercado: um caminho desenvolvido por meio de mapas conceituais. UFRJ/COPPE/PEN. [S.l.]. 2015.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, 22, 2006. 951-963.

LAPÃO, L. V. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, 2017. 713-724.

MENDES, E. V. **As redes de atenção a saúde.** OPAS. Brasília - DF. 2011.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14ª Edição. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual do Regulador/Autorizador SISREG III. Manual desenvolvido para os Operadores Reguladores/Autorizadores do SISREG.** [S.l.]. 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 4.279.** Governo Federal, Brasil. Brasília, DF. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos de Acesso Ambulatorial: Consultas Especializadas Hospitais Federais no Rio de Janeiro. Departamento de Gestão Hospitalar no Estado do Rio de Janeiro/SAS/MS.** [S.l.]. 2015.

NOVAK, J. D. **Learning, creating and using knowledge: concept maps as facilitative tools in schools and corporations.** [S.l.]: Erlbaum, 1998.

NOVAK, J. D.; CAÑAS, A. J. **The theory underlying concept maps and how to construct and use them: technical report IHMC CmapTools 2006-01.** [S.l.]. 2008. Disponível em.: Acesso em 13 março 2018.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, 18, n. 6, 2002. 1639-1646.

OCDE. **Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?** Organization for Economic Co-operation and Development (OCDE). Paris. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata. 6-12 de setembro de 1978. URSS. <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

PINTO, L. F. et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, 2017. 1257-1267.

RICHARDSON, J. . & P. S. **Will More Doctors Increase or Decrease Death Rates?** Centre for Health Program Evaluation. Melbourne. 2003.

RIO DE JANEIRO. **Deliberação CIB-RJ nº 3.534.** Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Rio de Janeiro. 2015.

RIO DE JANEIRO. Onde ser Atendido?. Superintendência de Atenção Primária/ Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro. 2012.

RIO DE JANEIRO. SISREG – Protocolo para o Regulador. Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais. Desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2016.

ROCHA, A. P. Regulação assistencial ambulatorial no Município do Rio de Janeiro, RJ: efeitos da inserção da APS na regulação. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2015. Dissertação de Mestrado.

SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde: Reforma organizacional na atenção primária europeia. 1ª Edição. ed. [S.l.]: University Press, 2006.

SORANZ, D. Reforma da Atenção Primária em Saúde na Cidade do Rio de Janeiro (2009-2016): uma avaliação de estrutura, processos e resultados. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 2017. Tese de Doutorado.

SORANZ, D.; PISCO, L. A. C. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagem, desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2017. 679-686.

SOUZA, M. F. Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo. São Paulo: Hucitec, 2003.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L. Policy Relevant Determinants of Health: an international perspective. *Health Policy*, 20, 2002. 201-218.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. Basics of qualitative research: Procedures and techniques for developing grounded theory. 2ª Edição. ed. Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.

VARGAS, I. et al. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health policy and planning*, 31, 2016. 736-748.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*, 44, 2016.