

relatórios de pesquisa

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

Alessandro Jatobá
Hugo Cesar Bellas
Daniel Soranz
Isabella Koster
Rodrigo Arcuri1
Bárbara Bulhões
José Orlando Gomes
Mario Cesar Rodriguez Vidal
Adriana Lourenço
Paulo Victor R. de Carvalho

relatórios de pesquisa

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

Alessandro Jatobá¹

Hugo Cesar Bellas¹

Daniel Soranz¹

Isabella Koster¹

Rodrigo Arcuri²

Bárbara Bulhões¹

José Orlando Gomes²

Mario Cesar Rodriguez Vidal²

Adriana Lourenço³

Paulo Victor R. de Carvalho³

(1) Centro de Estudos Estratégicos, da Fundação Oswaldo Cruz (CEE/Fiocruz)

(2) Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

(3) Instituto de Engenharia Nuclear, da Comissão Nacional de Energia Nuclear (IEN/CNEN)

Ministério da Saúde – MS

Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz

Nísia Trindade Lima – Presidente

Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz – CEE-Fiocruz

Antônio Ivo de Carvalho – Coordenador

Coordenação editorial

Fernando Manuel Bessa Fernandes

Comunicação

Eliane Bardana Chvili

Equipe de Estudos Prospectivos do Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz

Fabio Batista Mota

Roseli Monteiro

Bernardo Cabral

Luiza Braga

Kamaiaji Castor

Leonardo Moutinho

Samara Alvarez Alves

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica

Tatiana Lassance Proença

Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz

Fundação Oswaldo Cruz

Avenida Brasil 4036 – 10º Andar – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro/RJ – Brasil

Tel.: 55 21 3882-9133

cee@fiocruz.br

SUMÁRIO

1- Introdução	7
2- Metodologia	8
2.1- Coleta de dados	9
2.2- Análise dos dados	9
2.3- Limitações	13
3- Resultados	13
3.1- Revisão da literatura	14
3.2- Trabalho de campo	17
4- Regulação	21
4.1- Descrição da atividade de Regulação	21
4.2- A gestão interna da regulação na unidade e a dinâmica com o território	21
4.3- Os obstáculos à prática da regulação	22
4.4- Os obstáculos gerados no planejamento e gestão de vagas	23
4.5- Os obstáculos gerados na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada	23
4.6- As limitações dos sistemas informatizados – Sisreg e SER	24
4.7- As limitações do desenho atual do processo de regulação e da organização do trabalho ...	25
4.8- O acesso aos serviços de saúde	27
4.9- Os elementos de suporte à prática da regulação	27
4.10- As propostas de melhoria à regulação	28
4.11- A carga de trabalho do regulador	30
4.12- Os sistemas informatizados e aspectos de Tecnologia da Informação na regulação	31

5-Discussão	32
5.1- A descentralização e a coordenação do cuidado	33
5.2- A APS como protagonista na coordenação do cuidado	34
5.3- A formação do médico regulador das UBS	34
5.4- A aplicação e uso de protocolos clínicos estabelecidos	35
5.5- O processo de contrarreferência 6- Referências Bibliográficas	36
5.6- A atribuição de critérios de prioridade pelos médicos reguladores	36
5.7- A ética e os critérios de justiça no processo de regulação	37
5.8- Os aspectos de melhoria na Tecnologia da Informação	39
6- Considerações finais	42
Referências Bibliográficas	43

1- Introdução

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

Os sistemas de saúde com melhores desempenhos no mundo são organizados a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). Essa segue, mundialmente, alguns princípios essenciais: atenção no primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Há outros atributos derivados, como orientação familiar e comunitária, e competência cultural, além dos já citados. Dessa forma, países que adotaram a APS como ordenadora do sistema apresentaram melhores resultados de eficiência (STARFIELD e SHI, 2002). Embora todas as características 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 se dá a partir da articulação dos diferentes pontos, incluindo as 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. Ao comparar os diferentes modelos de atenção à saúde, principalmente na Europa (SALTMAN, RICO e BOERMA, 2006), há diferenças na organização e na maturidade dos processos, a maioria tem em comum a opção pela APS forte com vistas à 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 (PSF) e, posteriormente, em 2006, com o 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 também um 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 visou normatizar as responsabilidades das esferas de governo e estruturas regulatórias. A política nacional trouxe diretrizes gerais, permitindo que cada município ou consórcios regionais organizassem 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, são ineficientes para o cuidado da maioria dos problemas de saúde, assim como não respondem adequadamente às necessidades dos pacientes que precisam de cuidados mais complexos (ALMEIDA, GÉRVAS, et al., 2013).

Portanto, 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. Nesse contexto, a orientação do sistema de regulação de consultas e exames, a partir da APS, é mecanismo imprescindível para alcançar os resultados das RAS.

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro reestruturou sua regulação ambulatorial influenciada pelas reformas dos sistemas de saúde de Portugal (SORANZ e PISCO, 2017). O modelo de regulação passou a ser descentralizado para cada

centro municipal de saúde. Com isso, tais unidades passaram a contar com, ao menos, um médico regulador, que é um dos médicos integrantes das equipes de saúde da família.

A APS passou, portanto, a decidir o momento em que o usuário necessita acessar os demais níveis de atenção. Todos os exames complementares ou encaminhamentos de especialidades passaram 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 em tal quesito 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, este 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 pretendeu destacar os nós críticos, os desafios enfrentados e as oportunidades de melhoria no funcionamento do sistema de

regulação do município do Rio de Janeiro relacionadas à coordenação do cuidado.

Diante desse 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. O procedimento de coleta de dados adotado seguiu 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 a 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 forneceram subsídios para a 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 PubMed utilizando os seguintes descritores: “*regulação ambulatorial*” AND “*atenção primária*”; “*healthcare coordination*” AND “*primary health care*”. Após as buscas, a partir da leitura 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), assim como pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, todos disponíveis eletronicamente nas páginas oficiais

dos órgãos, de diversas tipologias, tais como políticas, deliberações, manuais, protocolos, folders e guias. Embora alguns deles não apresentem datas, o período das 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 do município do Rio de Janeiro. A partir dessa 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 desse projeto inicial 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 da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, seguindo as recomendações da Resolução nº 506/2016, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016).

2.1- Coleta de dados

A abordagem de entrada no campo teve como método a apresentação dos entrevistados e da pesquisa nas unidades básicas de saúde selecionadas para a entrevista piloto, e posterior contato por meio telefônico com médicos reguladores para a realização das entrevistas. Dessa forma, um entrevistado indicava

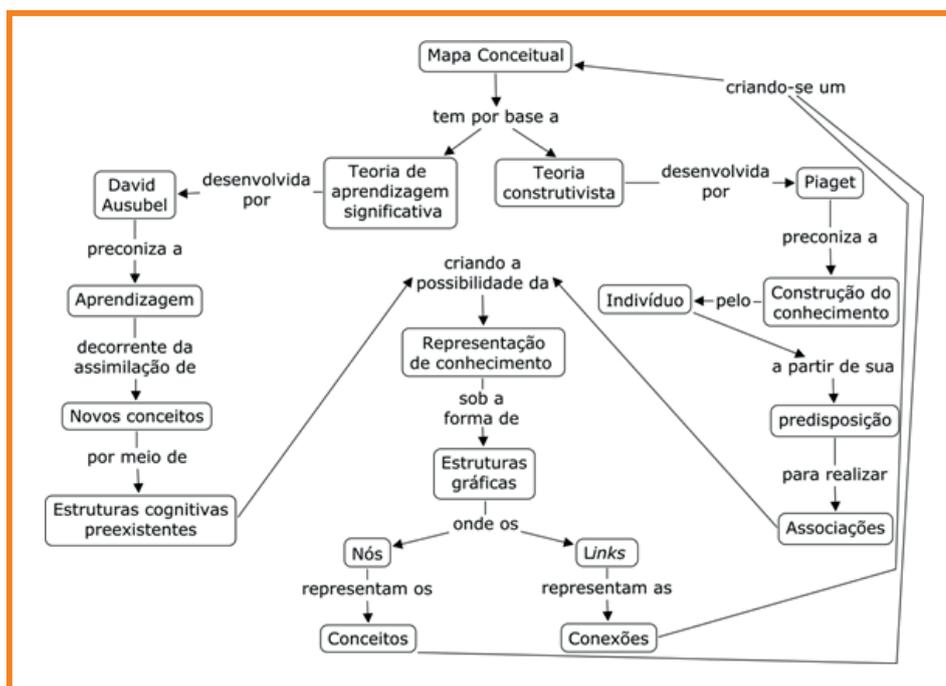
outros atores a participarem do estudo, utilizando o tipo de amostra não probabilística que lança mão de cadeias de referências, denominadas “bola de neve”, úteis para estudar grupos difíceis de serem acessados. Tal processo configura-se como um modo permanente de coleta de informações, que se beneficia das redes sociais dos entrevistados identificando ampliando, assim, 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 participaram de cada uma das entrevistas e utilizaram como instrumentos caderno de campo e gravador. Para início da codificação e sistematização dos dados, ao sair das unidades, os pesquisadores realizaram uma síntese dos principais achados de cada entrevista.

2.2- Análise dos dados

A análise do material e o desenvolvimento da discussão ocorreram em reuniões do grupo de pesquisa composto de 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 Joseph Donald Novak na década de 1970 (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 nas quais os conceitos são caracterizados por links, e a partir de tal conjunto obtém-se proposições. Com base no agrupamento desses conceitos, um esquema visual apresenta os conceitos e seus arcos. Os links simbolizam as ligações entre os diversos conceitos.

Figura 1: Apresentação do conceito de Novak (1998)



Fonte: D'Ávila, 2015

As estruturas gráficas dos conceitos, que denominamos de mapas conceituais, seguiram o método de Novak e foram elaboradas utilizando a ferramenta *CmapTools*, desenvolvida e compartilhada pelo *Florida Institute for Human & Machine Cognition*, disponibilizada em sua página eletrônica (<http://ihmc.us>).

Dessa forma, tanto seguindo o método de Novak, como propondo um formato que auxiliasse o desenvolvimento não apenas dos mapas, mas também o alcance dos objetivos pretendidos, os mapas conceituais do estudo foram desenvolvidos em dois níveis: 1º - Mapa conceitual geral do processo prescrito de regulação; e 2º - Mapa conceitual das entrevistas.

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

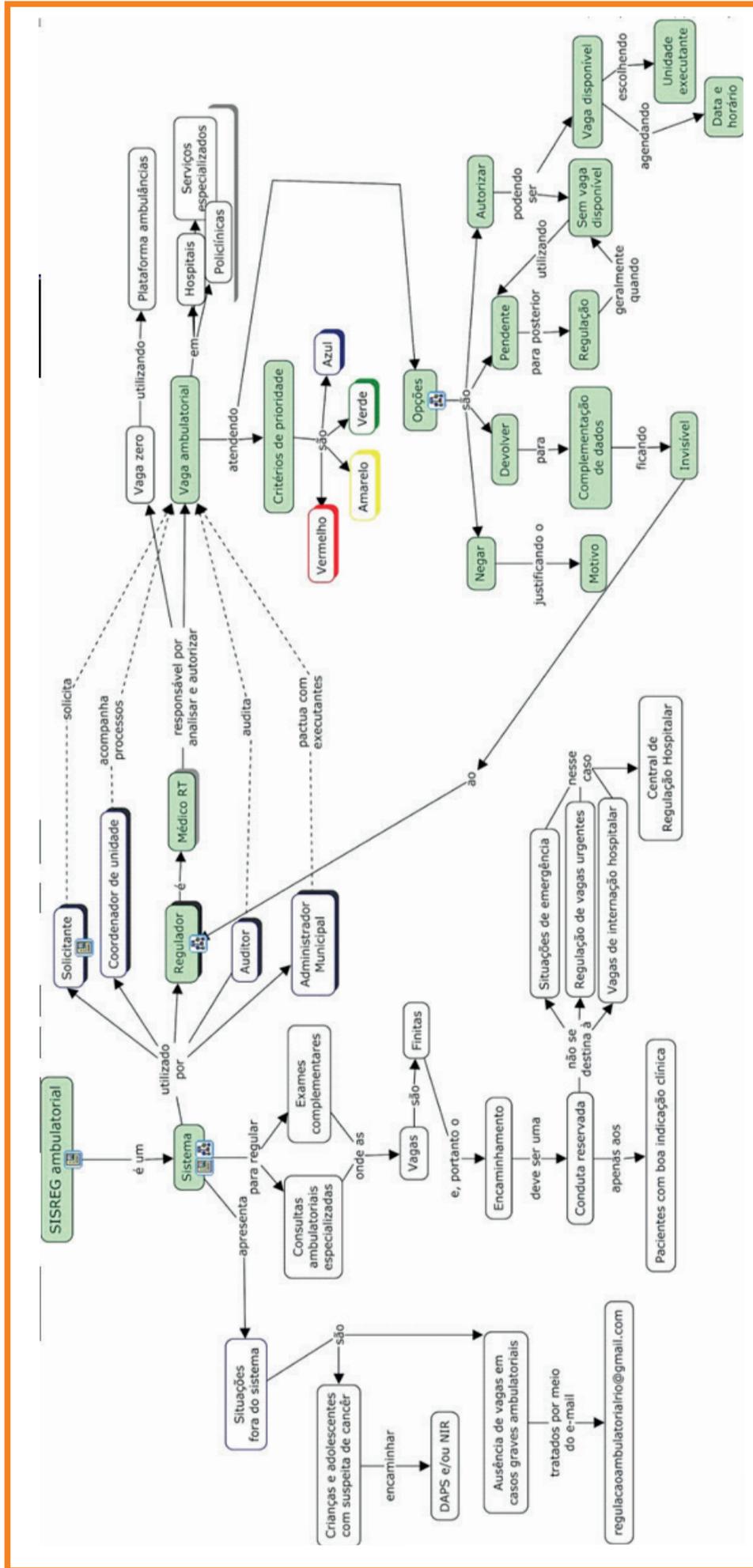
O mapa conceitual geral do processo de regulação prescrito (Figura 2), desenvolvido a partir do

material descritivo coletado durante todo o processo de levantamento de informações, reflete a ideia de como o processo de regulação foi idealizado em sua concepção. Também serve de modelo comparativo para a verificação de adequação aos padrões de funcionamento.

b) 2º nível – Mapa conceitual das entrevistas

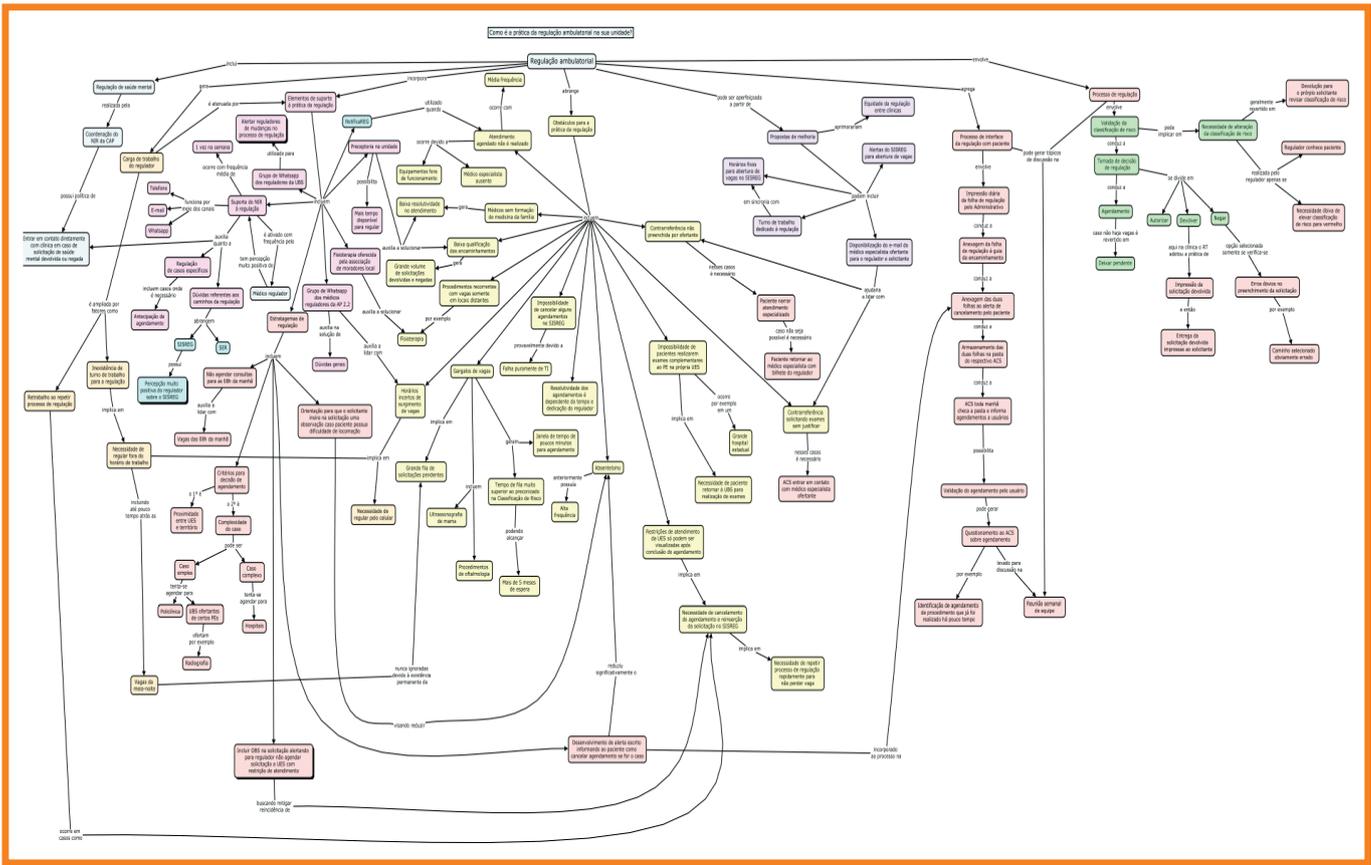
O roteiro semiestruturado, elaborado a partir das entrevistas com os gestores do sistema, foi utilizado para guiar as conversas com os médicos reguladores, atingindo um total de 14 médicos em 12 entrevistas. Para as conversas foram elaborados mapas conceituais respondendo às seguintes questões: “Como é a prática da regulação ambulatorial na sua unidade?” (Figura 3); e “Como você avalia a descentralização da regulação no MRJ?” (Figura 4).

Figura 2: Mapa conceitual geral do processo de regulação prescrito



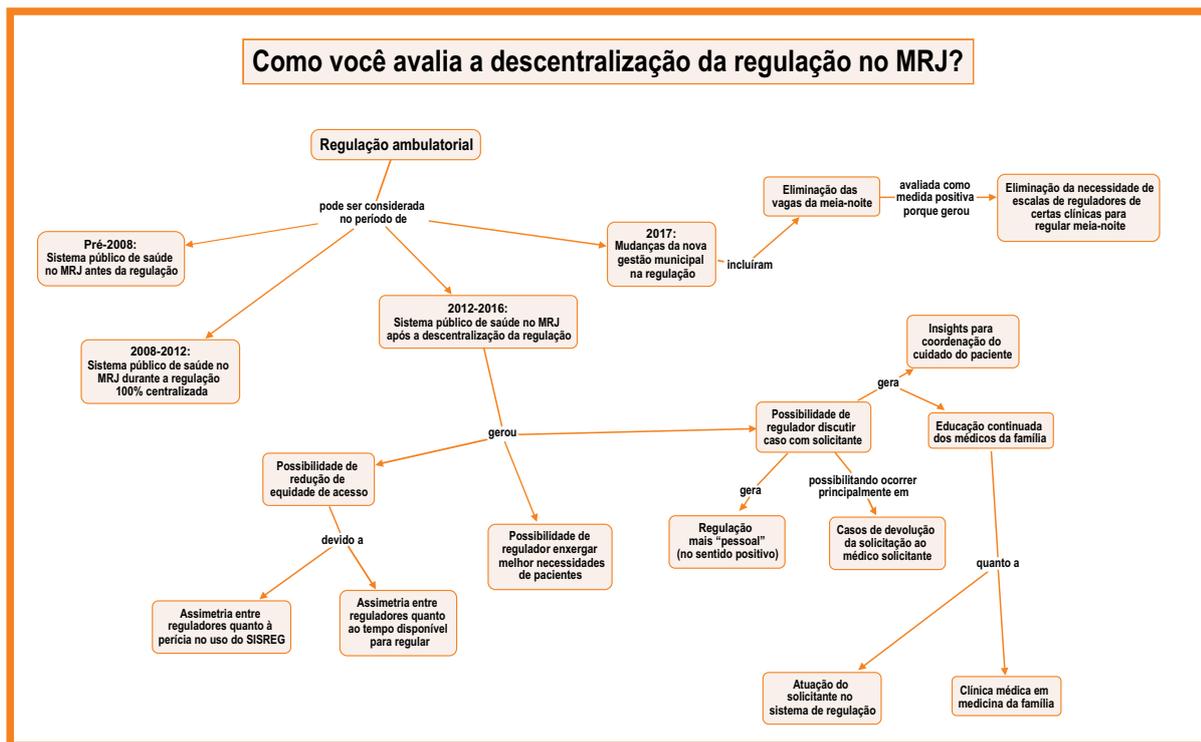
Fonte: Elaboração própria.

Figura 3: Mapa conceitual de uma entrevista “Como é a prática da regulação ambulatorial na sua unidade?”



Fonte: Elaboração própria.

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



Fonte: Elaboração própria.

Para facilitar a compreensão dos mapas, ainda nessa etapa, 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 somente refletem o conhecimento adquirido, mas também pretendem tornar-se ferramentas para a continuidade dos estudos na área, tendo em vista sua estrutura colaborativa e arquitetura modular, o que permite 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 permitem uma representatividade por mapeamento de elementos do sistema, mas não por prevalência desses elementos no mesmo.

Sendo assim, a amostra selecionada não permite realizar inferências sobre a prevalência de certas características da atividade de regulação encontradas na população de agentes reguladores no MRJ. Entretanto, permite o mapeamento de grande parte dos elementos-chave do funcionamento real do sistema. Adicionalmente, parece razoável admitir que esses elementos possuem relevância mesmo no caso de ocorrência singular dos mesmos, visto 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. Dessa forma, afirma-se aqui a importância de acompanhar esse processo de trabalho e de impressão de outros atores que fazem parte do mesmo, como Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e usuários, tal e qual o processo de trabalho dos médicos prestadores de procedimentos especializados.

3- Resultados

Os resultados ora apresentados têm base no trabalho de campo, na 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. Tal perspectiva esquematizada nos mapas conceituais foi apresentada por classes de conceitos e dão contornos às principais dimensões relatadas nas entrevistas. Dessa forma, e seguindo a proposta de metodologia qualitativa, os resultados apresentaram 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. Tal 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 de sua rotina na unidade 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-las no Sistema Informatizado de Regulação (Sisreg).

3.1- Revisão da literatura

A revisão da 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 RAS; 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

A pesquisadora Ligia Giovanella, em estudo sobre as reformas organizacionais do primeiro nível de atenção em países da União Europeia na década de 1990, 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 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, e 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; a 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, além do mais, 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, pois mesmo que não representem a totalidade das regiões desses países, são significativos e auxiliam na compreensão da coordenação do cuidado, conforme pode observar-se abaixo:

- Informações insuficientes registradas em formulários de referência e contrarreferência e em registros clínicos compartilhados, dificultando o acompanhamento pela falta de acesso ao diagnóstico e tratamento, conduzindo ao 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;
- Fragmentação severa da provisão e a instabilidade da rede de atenção, dificultando 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 do cuidado;
- Tempo insuficiente para o uso dos mecanismos de coordenação do cuidado devido a fatores relacionados à carga de trabalho excessiva devido à insuficiência de recursos humanos (caso Brasil) e ao pagamento por produção, que incentiva reduzir o tempo de consulta e não remunera o tempo gasto no uso dos mecanismos de coordenação, como o preenchimento de referências e contrarreferências ou diretrizes clínicas (caso Colômbia);
- Obstáculos das centrais de regulação no Brasil: ausência de informações sobre qual unidade de saúde o usuário deve direcionar-se, obrigando-o a encontrar um centro para tratá-lo; 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 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, por exemplo), que conduzem à realização de referências inadequadas, pois a alta especialização em medicina os leva a serem menos capazes de resolver problemas na APS, não compreender ou subestimar o papel dos cuidados primários, não se predispondo a prestar apoio ou compartilhar informações para o monitoramento;
- 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, assim como demora no acesso aos níveis secundários.

3.1.2- A regulação ambulatorial no caso MRJ

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; o estabelecimento, revisão, divulgação e pactuação de novos fluxos e protocolos para solicitantes e reguladores com comunicação aos serviços de referências; o aumento do acesso dos cidadãos com a expansão da APS; a implantação da plataforma “*Onde ser atendido?*”, georreferenciando cada endereço a um estabelecimento da APS; a descentralização da regulação dos procedimentos especializados para a APS, designando a função para os médicos responsáveis técnicos; e a redução dos tempos de espera para algumas consultas e procedimentos (oftalmologia geral, obstetria em alto risco e mamografia bilateral-rastreamento).

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

- Inadequação na oferta, havendo um descompasso entre o oferecimento e a demanda de vagas;
- Insuficiência na 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 a outros níveis de atendimento, mesmo que tenha havido 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 contrarreferências;
- 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, o Quadro 1 apresenta documentos pertencentes à SMS/RJ levantados para a análise e importantes para a compreensão do desenho norteador do sistema, o que nos permitiu compará-los com a prática cotidiana, conforme apresenta o quadro abaixo:

Quadro 1: Síntese dos documentos identificados 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 parceiros mais ativos de sua clientela e gestores	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (Drac); Coordenação de Atenção Individual e Vigilância à Saúde (Caivs). Departamento de Informática do SUS (Datusus)	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 de diferentes 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 o objetivo de contribuir para a garantia às pessoas e populações das diretrizes e dos princípios da equidade, universalidade e integralidade às ações a os 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 Nº 3.470	2015	Pactua a criação de uma Central Unificada de Regulação (Reuni-RJ), que tem por objetivo ordenar o Acesso dos usuários dos municípios fluminenses a 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

continua na próxima página...

Órgão	Documento	Ano	Escopo	Autor(es)	Disponível em
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 outras fontes de informações científicas. O documento respeita a autonomia dos profissionais na tomada de decisão na gestão clínica de seus usuários e famílias	Secretaria Municipal de Saúde	http://www.subpav.org/download/sisreg/SISREG%E2%80%93Protocolo_Regulador_2016.pdf
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 à orientação aos usuários com relação a 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/impresos/20140527_reunioes_RT.pdf

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

3.2- Trabalho de campo

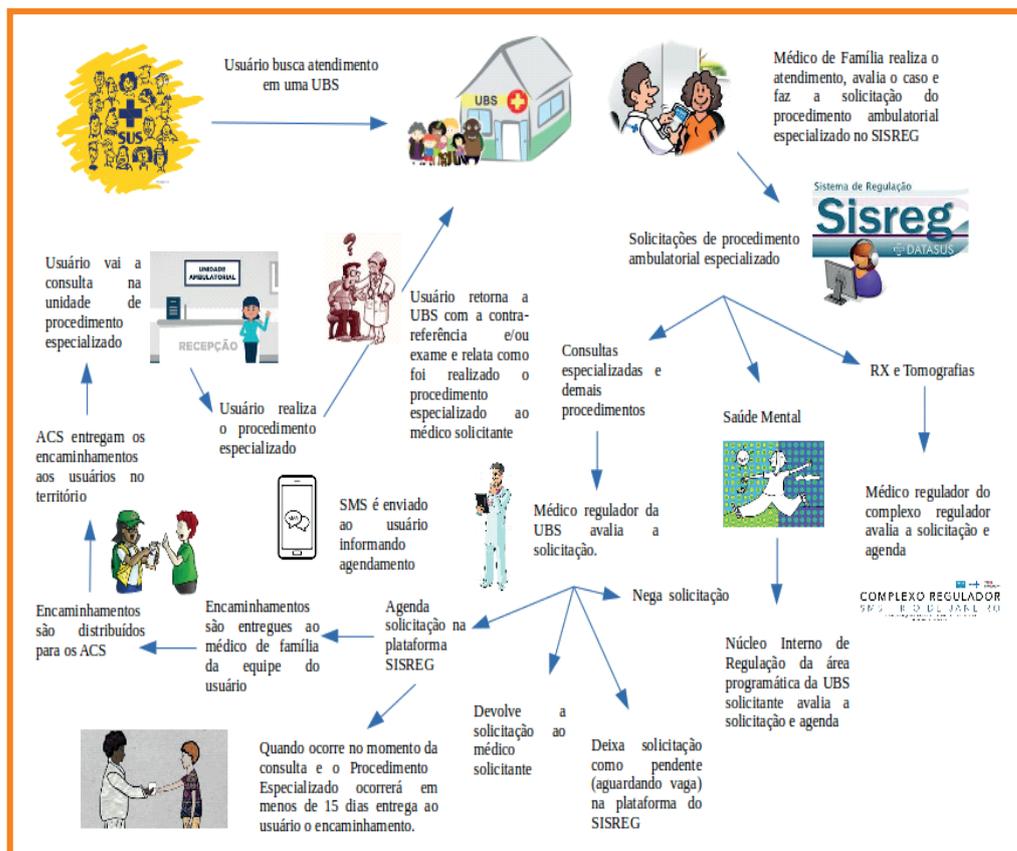
Os primeiros resultados relacionados à abordagem e entrada no campo apontaram que apenas uma área programática do município não participou do estudo, assim como apenas um participante não permitiu a gravação da sua entrevista. Foram realizadas entrevistas com 14 médicos reguladores nas unidades básicas de saúde e entrevistas com 2 gestores do nível central da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Observou-se que ao indicar novos participantes para a pesquisa, os médicos demonstravam

ter uma rede de apoio à atividade de regulação capilarizada tanto na área programática de abrangência do território, como 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 na perspectiva do médico regulador da UBS



Fonte: Elaboração própria.

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 de seu território a partir da localização da sua moradia, e é referenciado para a equipe de saúde da família da qual faz parte e marca uma consulta com o Agente Comunitário de Saúde (ACS) para atendimento com o médico de sua equipe. Nessa 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 tal solicitação vai depender da disponibilidade das vagas para o procedimento desejado e do nível de

descentralização da regulação da vaga. No caso de raio X e tomografias, por exemplo, a regulação é realizada pela 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 apoio matricial (processo de construção compartilhada que cria uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica entre equipes) dos casos de saúde mental com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) para solicitar vagas para os procedimentos de saúde mental à 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 de tais solicitações.

As consultas especializadas e demais procedimentos são regulados pelo médico de família da unidade, que para atuar como regulador pode também ser o responsável técnico da unidade, preceptor de residentes ou médico de equipe de saúde de família. Do universo de 16 médicos entrevistados, 14 eram reguladores das unidades básicas de saúde, 8 apresentavam atuação como médico regulador e preceptor de residentes nas unidades, 1 era responsável técnico da unidade e regulador, e 5 deles atuavam como responsáveis técnicos da unidade, reguladores e preceptores de residentes. Em alguns casos relatados, o médico responsável pela equipe de atuação dos residentes assumia também 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 pendente. Ao negar a solicitação, o regulador aponta que o pedido descrito não está de acordo, apresentando divergência nas 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, no entanto impeçam que o mesmo 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. Essa 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. Tal 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 a solicitação pendente e aguardar que apareça uma vaga no sistema para agendar. Em tal caso, o agendamento é realizado sem a presença do usuário e a negociação dessa 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 essas informações aparecem são pactuadas entre os profissionais.

O *Protocolo para o Regulador* (RIO DE JANEIRO, 2016) prevê a devolução para reavaliação dos médicos reguladores de casos pendentes que aguardam vaga há mais de seis meses, buscando aperfeiçoar a fila de espera e diminuir o absenteísmo. Nessas solicitações, o usuário pode não necessitar mais do procedimento por melhora ou piora do quadro clínico, assim como pode ter realizado o procedimento por outros meios. A devolução, que pode ocorrer pela central de regulação ou pelos NIR das CAP, também pode ser chamada de “mutirão de regulação” pelos médicos reguladores das UBS. Segundo os entrevistados, pode passar de mil o número de solicitações a serem analisadas por unidade, dependendo do processo de trabalho dos solicitantes e reguladores instituídos na unidade.

Com a solicitação agendada, o usuário recebe um SMS – Serviço de Mensagem Curta, na sigla em inglês – informando que o procedimento foi agendado. O encaminhamento e a solicitação são impressos pelos médicos reguladores da unidade e entregues ao responsável pela agenda da equipe, que podem ser o enfermeiro, o médico residente ou o médico responsável pela equipe. Eles 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 do SMS a cada agendamento realizado no Sisreg e pela ferramenta “Onde ser atendido?”, desenvolvida para territorialização de toda a população da cidade na atenção básica, 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 buscar o encaminhamento.

Com a solicitação e o encaminhamento em mãos, o usuário deve ter atenção à documentação necessária para realizar o procedimento descrito na solicitação. Munido da documentação exigida, o usuário é atendido na unidade que realiza o procedimento especializado. Ao fazê-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,

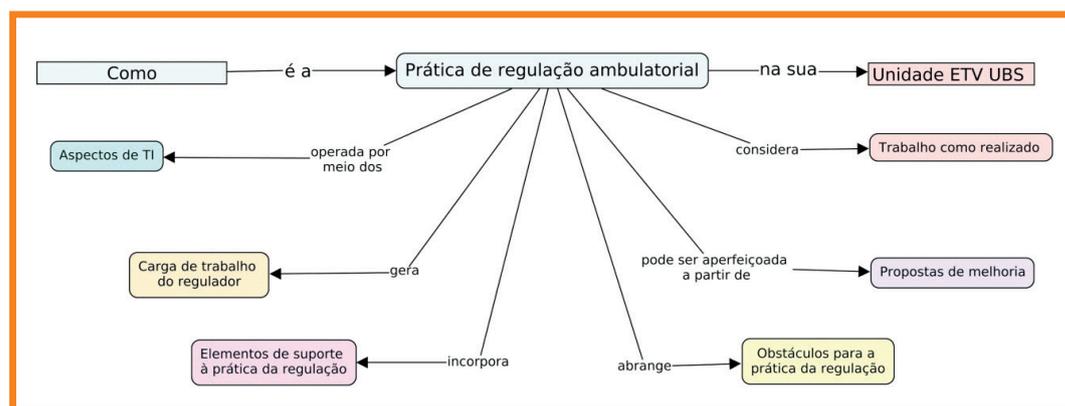
podendo ter uma interação semanal, bem como não haver nenhuma relação entre o regulador da UBS e o NIR da CAP. Em outros casos o contato para o suporte se faz diretamente com a central de regulação através de e-mail ou até mesmo diretamente com o prestador da vaga, dependendo do tempo de trabalho do regulador na rede do município, sua forma de atuação no território e sua rede de contato no mesmo.

Tais atividades contribuem para a melhoria da coordenação do cuidado, pois permitem que o paciente percorra o sistema de saúde de forma ordenada e sequencial, conseguindo realizar o tratamento de forma integral em todas as ocorrências que impactam sua saúde.

3.2.2- A organização das classes de análise adotadas neste estudo

O foco do presente estudo está relacionado à vertente de coordenação do cuidado da regulação descentralizada. Para tanto, a seguir, apresentam-se os achados com maior interface dessa 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 isso foram categorizadas seis classes de análise relacionadas aos aspectos de tecnologia da informação (TI), à carga de trabalho do regulador, aos elementos de suporte à prática da regulação, aos obstáculos para a prática da regulação, às 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.

4- Regulação

4.1- Descrição da atividade de Regulação

A atividade de regulação visa descrever as principais atividades realizadas nas unidades que envolvem a regulação. Elas 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 estratagemas 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 a forma como acontece a gestão interna da regulação na unidade, quais profissionais participam, qual é a dinâmica de produção dos documentos (como as solicitações e guias de encaminhamento) e das informações referentes a elas. Na gestão da regulação na unidade o regulador apresenta grande influência na condução, elaboração e manutenção da mesma. Ele é quem dita o ritmo de trabalho, chegando a formular fluxos e atividades internas de regulação na UBS.

Tal 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 à 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 casos complexos;
- Organizar a dinâmica interna de autorizações das solicitações. Essa atividade varia bastante entre as unidades;
- Organizar a lista de solicitações pendentes, devolvidas e negadas;

- Realizar a comunicação entre os reguladores no que se refere aos critérios de prioridade dos casos com solicitações de procedimentos.

Para o desenvolvimento de tais atividades, há divisões de tarefas na unidade. Essas variam de acordo com as dinâmicas anteriores. As variações da dinâmica interna podem ocorrer das seguintes formas:

- 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 agendamentos para toda a 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 o critério de prioridade da solicitação, a data da vaga x o risco de absenteísmo, a necessidade de o agente comunitário de saúde acompanhar o procedimento e a possibilidade de agendamento combinado com o usuário. Em algumas unidades o solicitante está ciente do agendamento realizado, em outras há pouco monitoramento desse 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, portanto 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 a viabilidade do território. Diante disso, cada equipe tem autonomia sobre a forma de entrega da referência ao usuário.

Assim, foram identificadas algumas atividades de atribuição do médico regulador, relevantes para a coordenação do cuidado e que fazem parte da gestão da regulação na unidade, como alteração do critério de prioridade; organização da dinâmica interna de autorização das solicitações; organização da lista de pendentes, devolvidas e negadas; comunicação entre os reguladores, prestadores e retaguarda; educação continuada e capacitação do regulador e solicitante; e organização do fluxo de regulação da UBS.

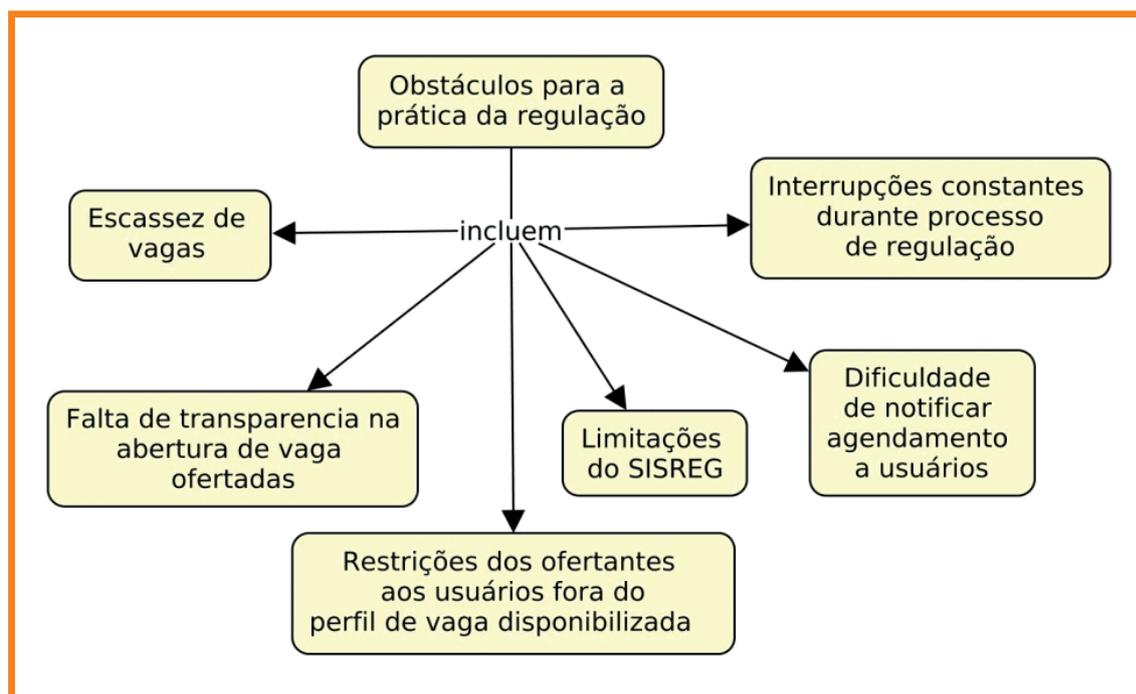
Com isso, vemos a pluralidade de atividades que buscam seguir o eixo prescrito para o processo de regulação. A identificação das atividades da regulação e sua variabilidade nas diversas unidades básicas de saúde permitem verificar as diferentes maneiras de

estabelecer a política de regulação, conforme definido no manual do regulador, no cotidiano do processo de trabalho do médico regulador nas unidades básicas de saúde. Logo, essa classe busca sinalizar os manejos do que espera-se que ocorra no processo descentralizado de regulação para o que de fato é realizado, assim como as inovações apresentadas na prática da regulação e os 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 realizadas. 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 o Sistema Estadual de Regulação (SER).

Figura 7: Mapa conceitual dos principais elementos encontrados nas entrevistas sobre os obstáculos à prática da regulação



Fonte: Elaboração própria.

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 entrevistas apontam para a impossibilidade de coordenar adequadamente o cuidado de usuários em tais especialidades, pois em muitos casos o tempo de espera ultrapassa em meses os períodos máximos preconizados no Protocolo ao Regulador para o código de cores de prioridade.

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

4.5- Os obstáculos gerados na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Especializada

Durante as entrevistas foi relatada a importância da formação em Medicina da Família e Comunidade para os médicos solicitantes e reguladores da APS, assim como a forma de alavancar a efetividade do processo de regulação. De acordo com os entrevistados, a ausência de tal formação está intimamente conectada à baixa resolutividade no atendimento e na baixa qualificação dos encaminhamentos, o que eleva o número de solicitações desnecessárias e também o número de devoluções, potencializando o atraso no tempo de processamento das solicitações e, em última análise, o cuidado aos usuários. Apesar desse quadro, alguns médicos entrevistados chamaram atenção para o impacto positivo da preceptoria existente em suas unidades.

A importância da 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 de tal alinhamento. De forma geral, os muitos pontos levantados e os casos narrados convergem para a percepção de que a comunicação e interação entre os níveis de atenção à saúde possuem importantes entraves, que devem ser endereçados no futuro.

A classe de obstáculos à regulação foi o tema que apresentou mais sobreposição dos depoimentos. Em particular, são apresentados 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 questões mais mencionadas foi a presença de restrições de atendimento atreladas às vagas ofertadas no Sisreg, tidas muitas vezes como arbitrárias pelos reguladores da APS. Foram citadas restrições sobretudo quanto a grupos etários e quadros clínicos no atendimento feito por especialistas focais.

Os médicos reguladores argumentaram que muitos ambulatorios importantes e de referência no município restringem a abertura de vagas a quadros clínicos extremamente específicos ou pouco prevalentes. De acordo com tais médicos, a maior parte desses ambulatorios de referência pertence à rede estadual ou federal, o que impede a ingerência da SMS sobre a oferta de vagas desses e sua maior adequação às necessidades do sistema.

O segundo ponto recorrente é considerado de grande relevância à prática da regulação: o preenchimento incompleto da contrarreferência pelos especialistas focais. O protocolo de referência e 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 o acompanhamento

de tal aspecto, porém os entrevistados apontaram que 95% das contrarreferências retornam incompletas à APS, com índices similares tanto para ofertantes públicos como privados.

Os relatos apontam que a maior parte desses casos envolve a simples ausência do preenchimento da contrarreferência, ou seja, a mesma retorna em branco para a APS. Nesses casos, a continuação do cuidado fica comprometida por depender da lembrança do usuário sobre o procedimento realizado. Entre os fatores que pesam no comprometimento estão: dificuldade de ler, constrangimento dos 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 por vezes grande até o retorno à unidade básica.

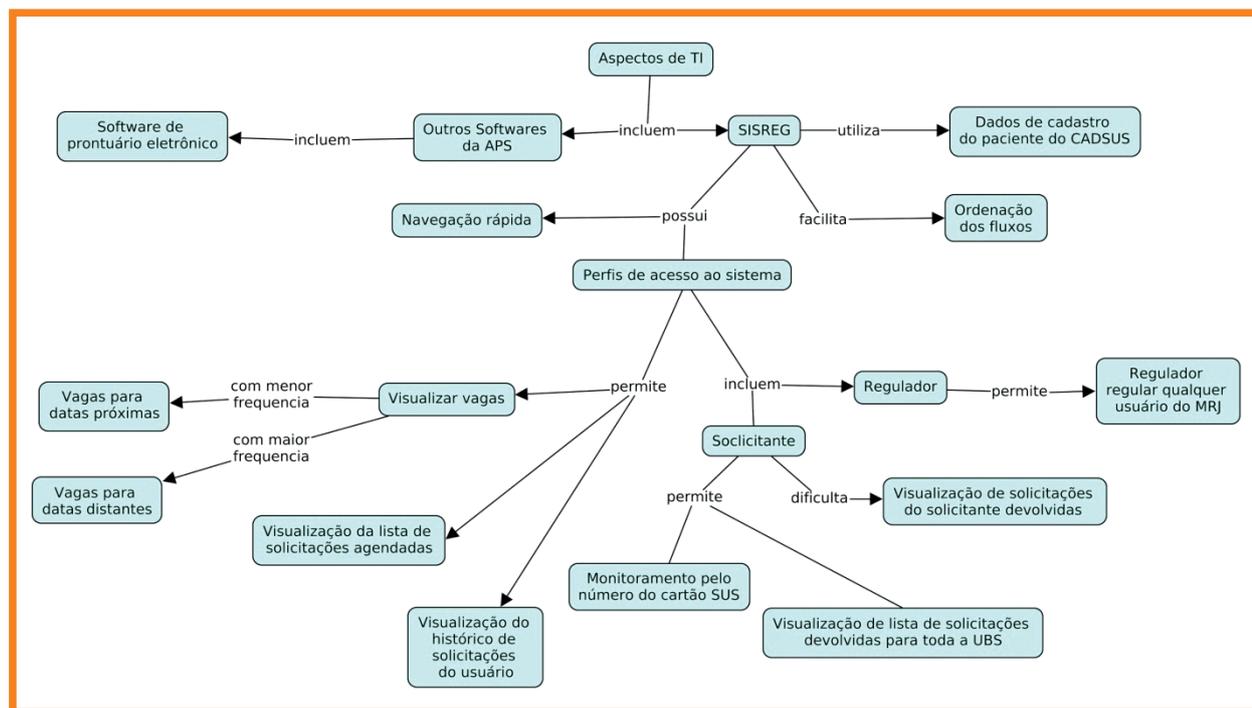
Outros casos na contrarreferência envolvem a sugestão de tratamento ou de novos exames sem a

apresentação de justificativa por especialistas focais. Os reguladores relataram que tal prática gera incertezas quanto aos objetivos desses direcionamentos, bem como dificuldades no preenchimento das 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, notou-se 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.

No que se refere à etapa de agendamento, no Sisreg constam relatos sobre a exibição 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 dessa exibição no fluxo de trabalho 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, faz-se necessária a reiteração de todo o processo, articulando o regulador, o médico de equipe e, por vezes, até o próprio usuário, além do risco da perda da 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. Com isso, 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 o Sisreg, o Sistema de Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde (Cadsus) e os sistemas de prontuário eletrônico utilizados pelas UBS, como o *VitaCare*. Tal falta de compatibilidade, segundo os médicos, implica em retrabalho durante a 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, foi apontada como uma das principais causas a necessidade de apresentação pelo paciente de diversos documentos físicos no momento do atendimento na unidade da Rede Especializada. Entre eles estão, 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), assim como eventuais exames e laudos anteriores, a depender do caso.

Outras duas ausências do Sisreg citadas 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, verificou-se que os dois elementos geram retrabalho considerável durante a verificação de 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. Tal aspecto eleva o tempo necessário para inserir solicitações no sistema e, por conseguinte, aumenta 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 adicioná-los à solicitação. Às vezes a clínica não possui o dispositivo de digitalização de documentos, o que implica na necessidade de uso do celular pessoal para fotografar os documentos e, assim, realizar a conversão de formato dos arquivos, além de enviá-los para o e-mail pessoal para ter acesso aos mesmos no computador da UBS, o que levanta uma discussão a respeito da garantia de confidencialidade desses dados.

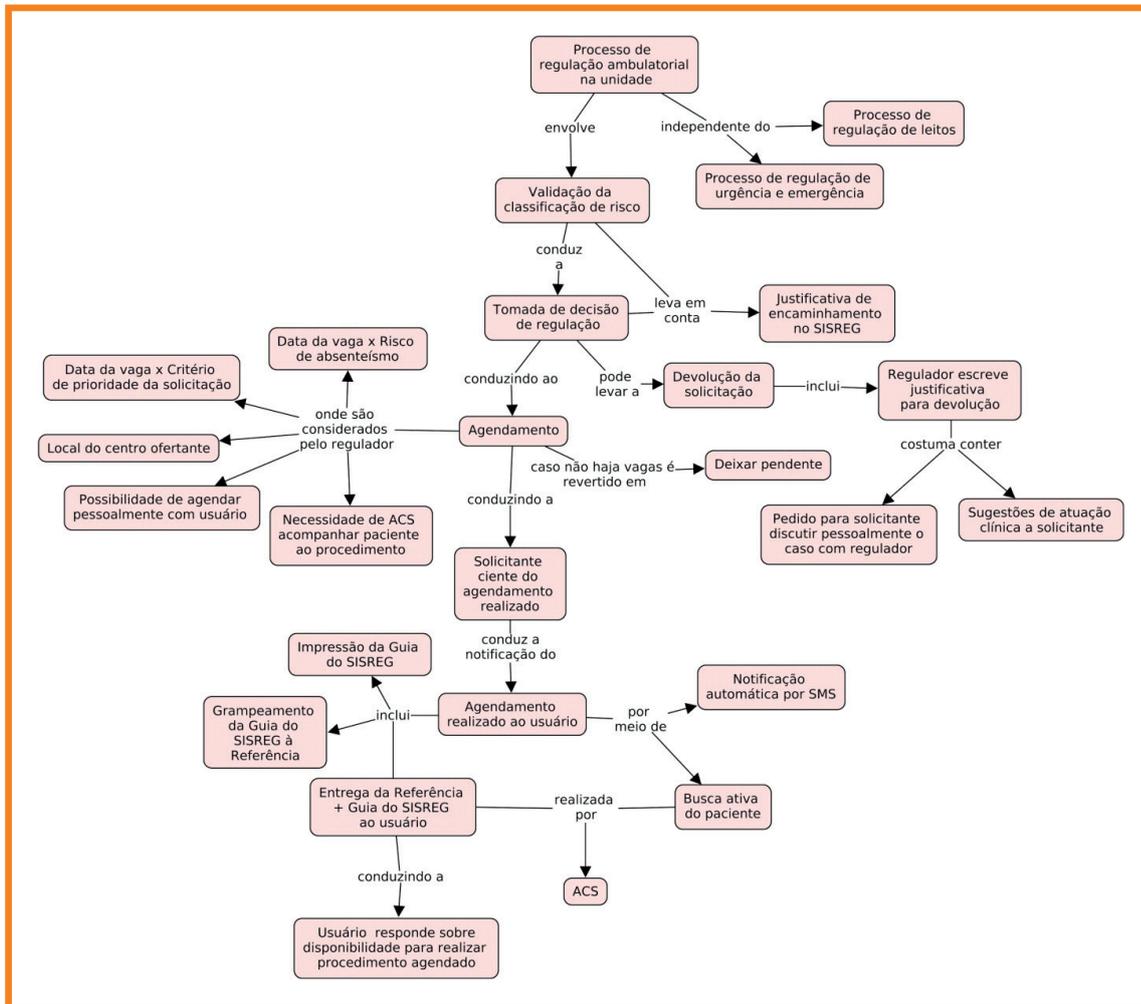
4.7- As limitações do desenho atual do processo de regulação e da organização do trabalho

Em termos de desenho do processo de regulação e organização do trabalho, as entrevistas mostraram os principais aspectos da prática da regulação na unidade, conforme Figura 9. Os elementos são: a ausência de período formalizado na carga horária semanal dedicada à regulação; a impossibilidade prática de regular usuário durante ou logo após sua consulta médica

(devido à agenda apertada); a imprevisibilidade na abertura de vagas no Sisreg (podendo ocorrer entre

8h e 20h); e o acúmulo de atribuições pelos reguladores (principalmente os RTs).

Figura 9: Mapa conceitual dos principais elementos encontrados nas entrevistas sobre o processo de regulação ambulatorial na unidade



Fonte: Elaboração própria.

Como consequência, diversos depoimentos apontaram para os seguintes desdobramentos: a impossibilidade de se dedicar à regulação em 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 apenas poucos minutos abertas no sistema. Relatou-se também como consequência as 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 do sistema.

Ainda foi mencionada 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), tais solicitações podem sair da fila e tornar-se não rastreáveis, apenas sendo recuperadas se o 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 tais procedimentos, cujas vagas ficam abertas apenas alguns minutos, costuma haver grandes filas com muitas solicitações de cor vermelha ou amarela, denotando, respectivamente, o primeiro e o segundo grau de prioridade em uma mesma unidade básica. Algumas entrevistas apontaram que, mesmo após o grupo de solicitações de cor vermelha e amarela estarem revisados e autorizados pelo regulador antes da abertura das vagas, a janela de tempo disponível para as mesmas não é suficiente para privilegiar adequadamente as solicitações dentro desses grupos. Assim sendo, casos mais prioritários dentre os vermelhos podem não ser agendados com a devida preferência.

4.8- O acesso aos serviços de saúde

Ao 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 entrevistas, além de ser encarado pelos médicos reguladores como uma das questões centrais do sistema de regulação ambulatorial do município. Vale ressaltar que durante o estudo de campo o tema foi recorrentemente apresentado pelos médicos de maneira relacionada ao absenteísmo dos usuários nos procedimentos especializados.

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

- Falha na notificação de agendamento ao usuário ou no tempo de entrega dos documentos emitidos a ele;
- 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 grandes distâncias a partir de sua residência, assim como a dificuldade de locomoção devido ao seu quadro clínico, a ausência de meios financeiros para custear o transporte e a

não familiaridade com o percurso ou com a cidade, ou ainda restrições de transporte em áreas de risco (ex: devido a confrontos armados);

- Dificuldade do usuário em encontrar o respectivo ambulatório em hospitais de grande porte devido à dificuldade 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.

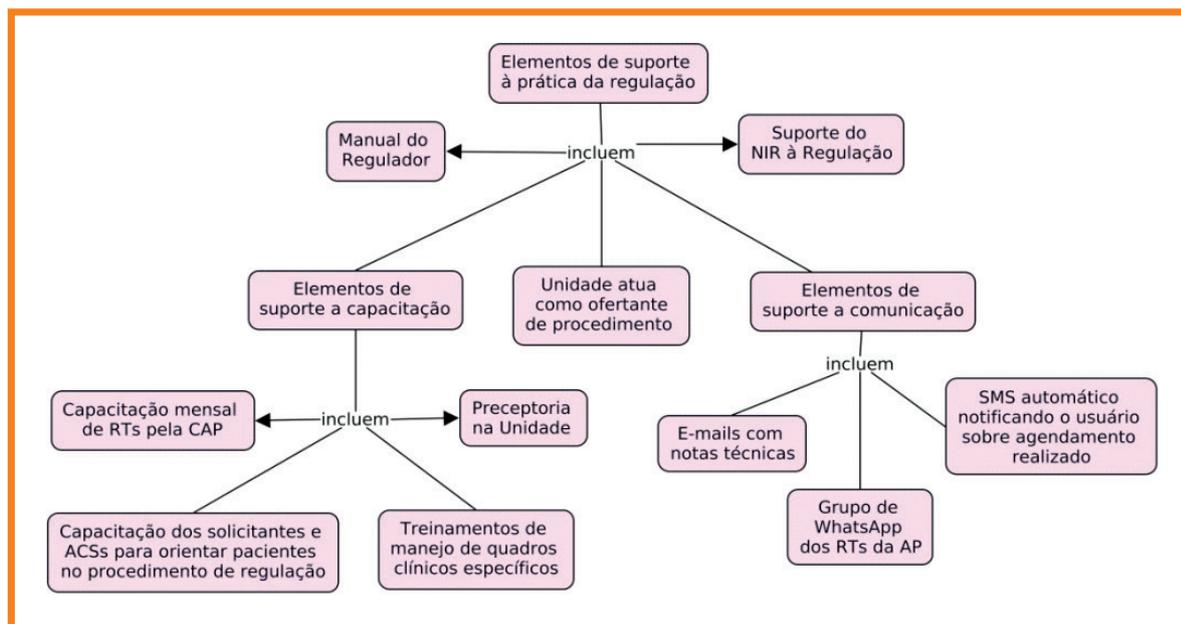
Verificou-se nas entrevistas que as graves implicações da dificuldade no acesso para o bom funcionamento do sistema de regulação suscitaram nas UBS a adoção de estratégias para mitigá-lo, o que era esperado. Entre eles estão incluídos:

- Orientação para que o médico de equipe insira na solicitação uma observação específica caso o usuário apresente dificuldades de locomoção;
- Não agendamento para vagas em unidade da Rede Especializada situadas a grandes distâncias do território da UBS e com histórico de absenteísmo de usuários;
- Desenvolvimento de alerta escrito informando aos usuários como proceder para o cancelamento do agendamento se não for possível comparecer à unidade da Rede Especializada, bem como o anexo desse 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 à capacitação, à padronização da conduta do regulador, à comunicação e à gestão, como mostra a Figura 10.

Figura 10: Mapa conceitual das principais características encontradas nas entrevistas sobre os elementos de suporte à prática da regulação



Fonte: Elaboração própria.

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. De toda forma, é possível destacar que o suporte dos NIR também 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 os agendamentos. Por esse 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 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 eles, o Protocolo é útil como mediador da conduta do regulador, além de importante para aqueles sem formação em medicina de família, auxiliando na tomada de decisão e ajudando a consolidar os critérios de prioridade.

A preceptoria na unidade também foi mencionada como auxiliar no aumento da resolutividade e da qualidade dos encaminhamentos, possibilitando ao médico regulador mais tempo para atuar na regulação.

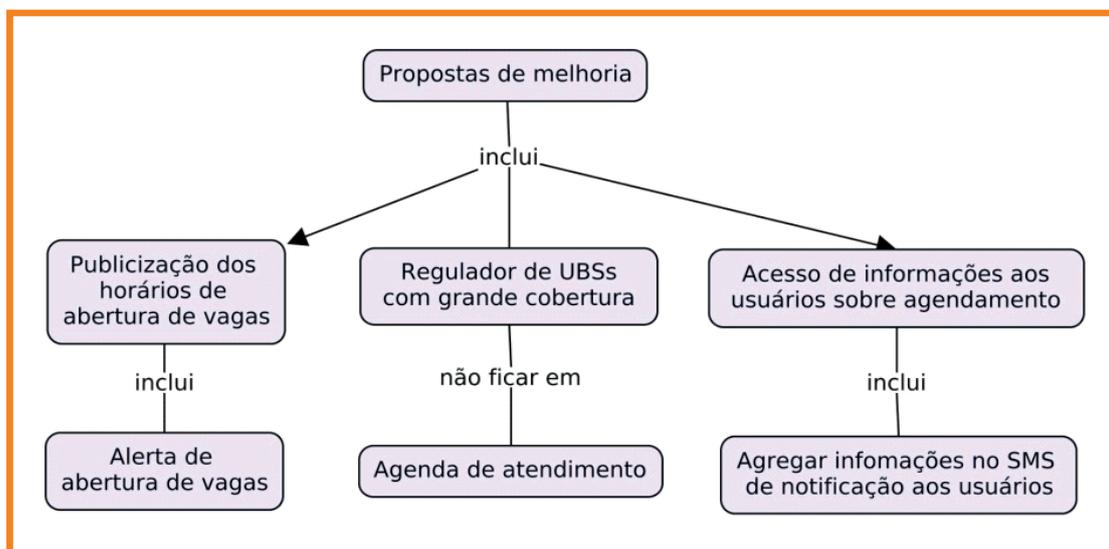
4.10- As propostas de melhoria à regulação

Quase todas as unidades básicas participantes apresentaram sugestões de melhorias ao sistema de regulação, como mostra a Figura 11. As propostas podem ser agrupadas em temas, tais como: processo de trabalho dos médicos reguladores; melhorias nas plataformas de TI utilizadas na regulação; promoção de maior integração

entre 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 melhoria nos critérios de prioridade.

Figura 11: Mapa conceitual de uma entrevista sobre as propostas de melhoria à regulação



Fonte: Elaboração própria.

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 tal horário fosse oficializado pela gestão, outro apontou a necessidade da autonomia interna de cada unidade na definição do mesmo. Foi também sugerido que nesse horário específico não houvesse agendamentos para o médico regulador de UBS de grande porte.

A percepção geral é que a 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, tal efeito seria ampliado se também houvesse predefinição ou padronização dos horários de abertura de vagas no Sisreg, e se fosse implantado um sistema de alertas que disparam quando as mesmas abrem.

Propostas de melhoria dos critérios de prioridade também foram feitas. A ideia apresentada em um dos mapas diz respeito à realização de mudanças na diferenciação de riscos entre solicitações de um mesmo critério de prioridade, mitigando a dificuldade em

defini-las entre 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 entrevistas. Elas dizem respeito à oferta de vagas e ao agendamento automático dos usuários em lista de espera. Mais especificamente tais 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; e 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: 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 de que o preenchimento da referência e contrarreferência seja informatizado, integrando-se à plataforma Sisreg. Essa medida resolveria o problema das ausências de preenchimento do formulário de contrarreferência e ainda favoreceria o rastreamento do fluxo do usuário.

Outras propostas no campo da interação e integração profissional apresentadas em uma das entrevistas referem-se à adoção de práticas institucionalizadas voltadas à promoção do 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 sobre o mesmo campo, a questão comunicacional entre os atores da regulação parece ser uma importante necessidade. Num dos mapas, a proposta apontada foi a troca de e-mails entre médicos reguladores e especialistas focais, o que depende da disponibilização de dados de contato dos especialistas focais

com as vagas agendadas pelo Sisreg. Como justificativa para tal medida, foram citados os esclarecimentos sobre pontos obscuros no formulário de contrarreferência que costumam ser necessários, incluindo justificativas não compreendidas para exames solicitados e até a ausência de preenchimento da mesma.

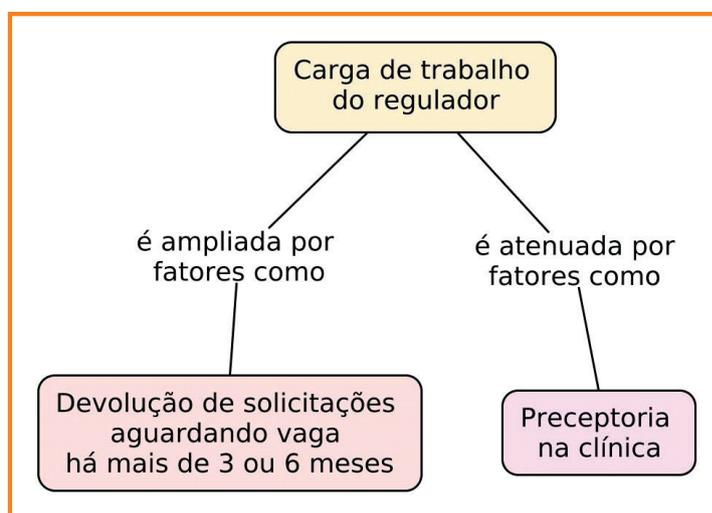
Por fim, sobre a qualificação profissional, foi sugerido o desenvolvimento de experiências de treinamentos na própria Central de Regulação do município, voltadas para os médicos reguladores da ponta, incluindo os residentes em Medicina de Família e Comunidade.

A partir dessa análise, percebeu-se que a maior preocupação dos médicos reguladores das unidades se refere à informação sobre a abertura de vagas e se conseguirão oportunizá-las aos seus usuários, assim como se importam 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, bem como os aspectos que a aumentam ou atenuam foi recorrente, conforme pode ser visto na Figura 12. Os principais fatores citados que relacionaram-se com a jornada de trabalho semanal foram questões sobre a forma como efetivamente o processo de regulação acontece, assim como 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.

Quanto aos fatores relacionados à jornada de trabalho semanal, a inexistência de horário dedicado à regulação foi citada como aspecto 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, ou seja, fora do horário de trabalho. Outro ponto destacado 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.

Diversas unidades indicaram que a 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 atualmente abertas às 8h –, ainda há imprevisibilidade no horário de abertura das restantes (entre 8h e 22h). Segundo os médicos reguladores, tal fator eleva a carga de trabalho, pois cria a necessidade de o monitoramento dessa abertura 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 auxiliam nessa carga de trabalho na regulação.

Existem ainda alguns outros fatores inerentes ao processo da regulação – a forma como ele efetivamente ocorre – que foram citados nos mapas como ampliadores da carga de trabalho, envolvendo o re-trabalho pela necessidade de reinserções das solicitações no sistema. Entre esses está a necessidade de realizar a devolução das 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 ao solicitante a prerrogativa 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 que aguardam 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.

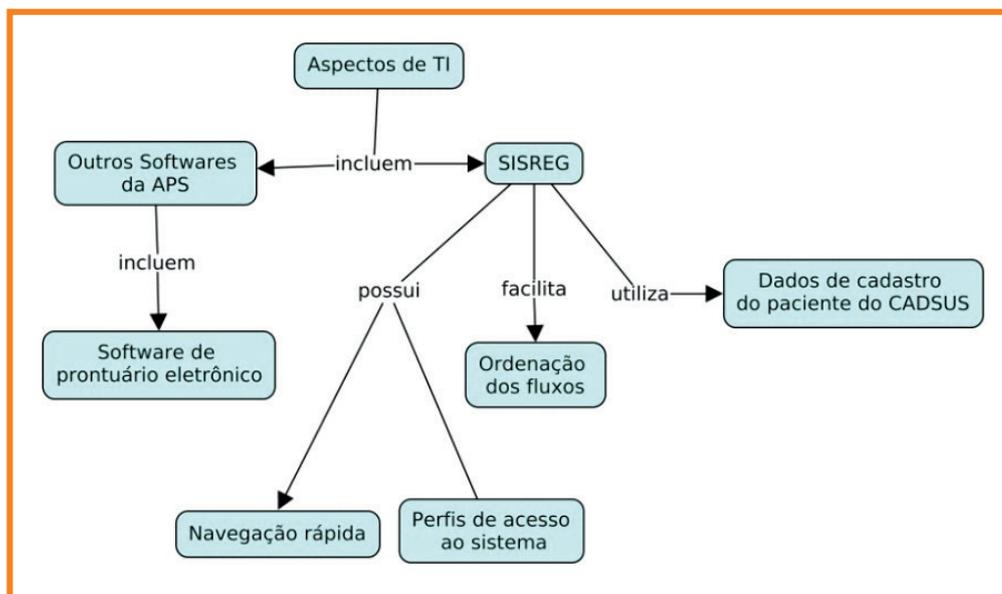
A preceptoría apareceu como um fator atenuador para a carga de trabalho do regulador. Por outro lado, quando envolve um grande número de residentes, ela foi apontada como ampliadora dessa mesma carga de trabalho por configurar-se em mais uma atribuição assumida por ele. Os aspectos benéficos da preceptoría à carga de trabalho envolvem o fato de ela permitir 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, pois permite discussões de casos e 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 os esclarecimentos terem sido prestados, a dificuldade de agendamento para certos procedimentos cria entraves na relação entre usuários 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, principal software no qual grande parte do processo de regulação é implementado, conforme pode ser verificado na Figura 13. Outra iniciativa apontada foi o Sistema Estadual de Regulação (SER), no qual são ofertadas vagas de altos níveis de complexidade, cujo alinhamento se dá de maneira unificada pela Central de Regulação Ambulatorial no nível estadual.

Figura 13: Mapa conceitual dos principais elementos encontrados nas entrevistas sobre os aspectos de Tecnologia da Informação na regulação



Fonte: Elaboração própria.

Os mapas de entrevistas revelam que alguns participantes destacaram a pequena – ou nenhuma – interface do Sisreg com outros sistemas de apoio ao trabalho na Atenção Primária, especialmente com os softwares de prontuário eletrônico (ex: VitaCare), pois 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 ou bugs nos softwares utilizados pelos médicos reguladores. No entanto, foram pontuadas 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 cotidianos da atuação da regulação ambulatorial na unidade de saúde, especialmente aqueles relacionados às inovações e adaptações elaboradas a partir ou na prática dos médicos reguladores.

De acordo com as entrevistas, a tomada de decisão do médico regulador sobre o procedimento especializado que o usuário necessita possibilita o compartilhamento da decisão sobre a melhor vaga e o melhor caminho para a realização do procedimento, levando em consideração o território e suas idiossincrasias. Isso contribui para maior permeabilidade aos aspectos sociais e às especificidades dos usuários.

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

Há diversidade nas unidades sobre o desempenho na gestão dessa regulação. Existem unidades em que apenas o médico responsável técnico tem atribuições de regulador para toda unidade (o que pode contribuir para a 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. Essa diversidade da gestão da regulação nas unidades necessita de estudos mais aprofundados para gerar inferências sobre seus impactos nos critérios de prioridade.

Estudos futuros da abordagem da tomada de decisão do médico regulador e sua relação com a unidade de saúde e seus usuários, bem como da permeabilidade dos aspectos territoriais e sociais na resolutividade e acesso dos usuários aos serviços são oportunos. Eles contribuem para destacar seus efeitos no processo de trabalho, e ainda 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 exercem 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 isso, é irremediável o fato de a resolutividade dos agendamentos tornar-se dependente não apenas da dedicação, mas também da disponibilidade alcançada por cada médico regulador. Tal 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 as discussões 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, a presente pesquisa destaca a aproximação dos médicos reguladores da UBS na dinâmica social e, conseqüentemente, fortalece sua participação na coordenação do cuidado. Esses 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 dessas vagas. Ao situar-se 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, bem como para evitar que seja uma informação privilegiada de acesso às vagas. Os relatos que identificam limites entre a centralização e a descentralização merecem mais aprofundamento.

Por outro lado, nesse processo de descentralização apresenta-se uma ampliação do número de reguladores e uma aproximação com os valores morais, políticos e socioculturais do território. Questão tal 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 o contexto social do usuário. Por outro lado,

essa troca de informações mais estreita entre o coordenador do cuidado do usuário e o regulador da vaga também possibilita maior relação entre os atores da mesma unidade e até mesma AP sobre a utilização dos critérios de prioridade.

A proximidade pode vir a propiciar que os reguladores compartilhem a 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 a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, mostra-se interessante avaliar o impacto dessa descentralização no protagonismo da atenção primária na atenção à saúde. O presente estudo possibilitou verificar que essas atribuições ao médico da APS também descentraliza a alocação dos recursos do sistema de saúde.

Dessa forma, o médico pode influenciar a demanda dos procedimentos especializados, por exemplo, 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 resolutiva na maioria dos casos.

Em termos gerais, segundo Pinto et al. (2017), em 2015, dentro do total de 186.326 horas contratadas, esperava-se a realização de 372.652 consultas com especialistas, porém 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, seguida da estadual e federal.

Ainda segundo Pinto et al. (2017), de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes) e do 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 –, e 48,3% para 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 maneira como a solicitação de procedimentos é realizada, assim como na capacidade de resolução das demandas de saúde da própria atenção primária. Dessa forma, ao abordar o tema da formação do regulador na unidade, os aspectos da capacitação básica do médico (estado de formação, tempo de carreira 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 de família solicitantes (tanto residentes como não residentes) coloca para o médico regulador o desafio de uma educação permanente para com o solicitante na UBS. Isso, 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.

Alguns médicos apontaram que sua expertise é oriunda da residência em medicina de família e comunidade ao descrever sua formação durante a entrevista. 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 abertura inicial de 60 vagas, atualmente são oferecidas 150 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 afirmaram 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 do Sisreg, o que pode contribuir para a 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 a saúde da família e comunidade, como para projetar supervisores mais capazes de analisar casos-sentinela, 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, além de 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 adequação às possibilidades existentes. Dessa forma, os entrevistados apresentaram 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 apresentou-se nas restrições colocadas pelos serviços prestadores dos procedimentos especializados. Os médicos reguladores entrevistados relataram que ao restringirem o perfil da vaga ofertada para 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 novos prestadores no território de referência. Esse procedimento interfere na aplicação do protocolo clínico no que se refere ao tempo da abordagem para realização do procedimento, assim como na adequação dos procedimentos necessários às vagas oportunas.

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

Observou-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 na 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, esse fenômeno é característico dos procedimentos especializados realizados em unidades ofertantes públicas e 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 de tal aspecto.

Essa 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. Isso ocorre porque a ausência da contrarreferência pode implicar no entendimento do objetivo do tratamento sugerido (entendido segundo a narrativa do usuário) ou avaliar possíveis causas do insucesso do mesmo.

Quando os médicos reguladores mencionam não atingir o objetivo esperado com o procedimento solicitado e não conseguir contato com o ofertante, a contrariedade das informações 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 tal dificuldade é o fato de o diálogo entre solicitante e

executante do procedimento ainda ser atravessado por ferramentas pouco conhecidas ou pouco adequadas às necessidades dessa comunicação. Na ficha de encaminhamento, o espaço destinado à 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), a contrarreferência precisa de novos contornos e diálogos mais próximos entre médicos solicitantes e ofertantes.

É nesse âmbito que surgem as adaptações usadas pelos médicos reguladores, como, por exemplo, uma folha de referência em anexo ao encaminhamento para apresentar o caso e as suspeitas a serem investigadas. Em contrapartida, outra proposta de melhoria apresentada relacionava o pagamento do procedimento realizado ao preenchimento da contrarreferência. Contudo, tal proposta também é problematizada ao discutir o teor e qualidade da referência quando apresentada apenas para contabilizar os custos dos procedimentos. As adaptações apontam para a importância de investimento nessa relação entre solicitante e prestador com a 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 dessa informação e sua divulgação como principal estratégia à 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 a avaliação do critério de prioridade de solicitações complexas, cujos casos os reguladores não possuam 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-sentinelas. No entanto, também é relatada nas entrevistas a existência de disparidades nessa avaliação, inclusive entre unidades básicas de saúde próximas.

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

- Discussão periódica de casos-sentinelas entre reguladores de uma mesma AP;
- 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 consta no documento do Sisreg Protocolo para o Regulador, desenvolvido pela SMS/RJ (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 esses 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). Dessa maneira, há necessidade de se priorizar o agendamento de apenas uma parcela das solicitações, tornando mais criteriosa a decisão de priorização.

No entanto, não há suporte para a 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 as vagas podem demorar semanas para serem abertas. Para os entrevistados, é também comum que as vagas para procedimentos-gargalo surjam inesperadamente ao longo do dia e permaneçam abertas no Sisreg por apenas alguns minutos, contribuindo para uma priorização não otimizada.

Essa 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 tal priorização intergrupo 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 os 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 à tomada de decisão e o poder de decidir, e o outro referente “à 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, considerava-se importante a flexibilização dos mesmos 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, se eram coerentes com a descrição do caso clínico ou se ampliavam a gravidade do quadro para classificá-lo 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).

A 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 desconfiças entre as outras unidades ou AP. 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. Essas últimas citadas entraram no Sisreg como pendentes para futuro agendamento pelo regulador da unidade quando as vagas estiverem disponíveis novamente e o mesmo conseguir inseri-las no sistema.

Sobre esse fato, 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 no grupo dos amarelos serão atendidos antes dos casos de 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-se em “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 do 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 critérios de prioridade entre as cores já estabelecidas. Qual solicitação entre as classificadas como vermelha é prioridade? Quem avalia a situação? Tais 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.

Essas situações reforçam o entendimento de Cobucci & Duarte (2013) segundo o qual “atualmente a prática médica passa por uma crise quando o assunto se refere à tomada de decisão”. Dessa forma, precisamos avançar nos estudos referentes à bioética, principalmente no que se refere aos critérios éticos de 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 do sistema possuam aderência ao processo de trabalho de seus agentes. Nesse 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 fluxo de trabalho estabelecido pelo Sisreg e o processo de regulação ambulatorial descentralizada como implementado 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. Tal configuração impede que reguladores de mais altos 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- Os limites do fluxo de trabalho do Sisreg

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

- 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- Disponibilização de informações do usuário cadastradas no Cadsus e no Prontuário Eletrônico da UBS ao agente ofertante.

Esses 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 a execução das 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 torna-se mais suscetível a perturbações.

5.8.3- A aglutinação das filas de solicitações na regulação

O processo de regulação provoca duas filas de solicitações:

- 1- Solicitações aguardando avaliação do médico regulador;
- 2- Solicitações já autorizadas e aguardando agendamento.

No entanto, o Sisreg aglutina essas 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 a mesma for agendada na sequência. Por si só isso não parece ideal para uma boa priorização de solicitações que se encontram atribuídas ao mesmo critério de prioridade, uma vez que ao avaliar a fila de solicitações e decidir pela autorização de uma delas, o regulador encontra dois caminhos possíveis no Sisreg:

- Autorizar a solicitação e prosseguir com seu agendamento dando prioridade a ela. Essa não é a 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 opção ideal porque adotar tal 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 o agravamento) do quadro clínico do usuário e do critério de prioridade pertinente; e o óbito ou mudança de endereço para fora dos limites do território da UBS. Para esses casos, o ideal seria o sistema de TI permitir a edição dos parâmetros das 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 desse 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 tal 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 três ou seis 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 dessa edição pode ser decidido isoladamente pelo regulador ou em conjunto com o solicitante. Parte das vezes a edição é realizada a partir do 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 tal lacuna os reguladores lançam mão de dois estratagemas:

- Após avaliar uma solicitação como autorizada, escrever “visto” ou expressão semelhante no campo de “Observações da solicitação”. Como desvantagem dessa opção, destaca-se o tempo gasto para repetir a ação em 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 da 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 explícito (ex: com legenda apropriada) o propósito original dessa 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 tal 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 pelo Tribunal de Contas do Município, que limita o valor a ser pago por uma consulta. Essa limitação impossibilita a Secretaria Municipal de Saúde a ampliar a oferta de vagas para reduzir as filas de espera.

5.8.4- A exibição de vagas disponíveis

As vagas disponíveis para agendamento são exibidas apenas na tela de detalhamento da solicitação, sendo mostradas aquelas pertinentes a essa. Segundo os médicos entrevistados, também não existe a funcionalidade de alerta de abertura de vagas. Isso se traduz na 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 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 desenvolvido pela SMS/MRJ¹. Dessa 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.

Essa configuração proporcionou o surgimento de estratégias para compartilhar informações sobre as vagas de procedimentos-gargalo, como os grupos no WhatsApp abrangendo desde redes locais (de uma única UBS) até regionais (distribuídos por toda uma AP). Conforme as entrevistas revelam, a convenção tácita assumida nessas 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 vagas, e que vagas podem surgir no Sisreg entre 8h e 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- Os 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 fluxo de trabalho implementado no Sisreg é o momento de exibição das restrições de atendimento das unidades ofertantes.

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

Em vez de serem apresentadas como elementos para decisão de agendamento dos reguladores, elas se 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 desse processo. Foram relatados alguns estratagemas para contornar esse 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, esses parecem não possuir grande eficácia, além de consumirem tempo das equipes de saúde.

6- 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 desse 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 município do Rio de Janeiro e a descentralização da regulação na Secretaria Municipal de Saúde do referido município 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 novos 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 – merecia maior investimento da academia e das esferas de gestão.

Também como oportunidade de estudos futuros, vale indicar a investigação do tempo de espera da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, pois o mesmo pode ajudar a compreender o funcionamento das filas ambulatoriais do SUS local. A partir deste estudo de caso sobre o Rio de Janeiro é possível elencar um conjunto de recomendações que possam de alguma forma apoiar e subsidiar 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 acesso aos serviços no âmbito da RAS com maior resolutividade, tal como está estabelecido nos atributos da APS.

No entanto, nota-se também ser necessário um perfil adequado para regulação na APS. Pelo estudo, observou-se que esse perfil vem sendo lapidado pela formação dos médicos de família por meio da residência, cujos serviços da Atenção Primária são o campo de prática para os residentes. O 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 da busca pela adequação do perfil profissional também poderia fomentar arranjos institucionais nos processos formativos realizados pelas

universidades, e o desenvolvimento de programa de estágio nas unidades de atenção primária.

Por outro lado, destacam-se alguns pontos nos quais recomenda-se a busca de melhorias. Eles englobam 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 e tempos de espera deve acontecer de forma a produzir maior equidade no processo da regulação do acesso. Já 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 aparece como um fator preponderante que deve ser avaliado constantemente pelos gestores e profissionais envolvidos, tanto em sua dimensão geográfica, como na dimensão social, cujo objetivo deve ser a melhoria da qualidade do serviço ofertado. ■

Referências Bibliográficas

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.

