

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



***“Regulação Assistencial Ambulatorial no município do Rio de Janeiro - RJ:
efeitos da inserção da APS na Regulação”***

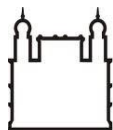
por

Angélica Pereira da Rocha

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lígia Giovanella

Rio de Janeiro, abril de 2015.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

***“Regulação Assistencial Ambulatorial no município do Rio de Janeiro - RJ:
efeitos da inserção da APS na Regulação”***

apresentada por

Angélica Pereira da Rocha

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes
membros:*

Prof.^a Dr.^a Rejane Sobrino Pinheiro

Prof.^a Dr.^a Elyne Montenegro Engstrom

Prof.^a Dr.^a Lígia Giovanella – Orientadora

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

- R672r Rocha, Angélica Pereira da
 Regulação assistencial ambulatorial no Município do Rio de
 Janeiro- RJ: efeitos da inserção da APS na regulação. / Angélica
 Pereira da Rocha. -- 2015.
 95 f. : il. ; tab. ; graf.
- Orientador: Ligia Giovanella
 Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
 Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.
1. Assistência Ambulatorial. 2. Regulação e Fiscalização em
 Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Listas de Espera.
 5. Assistência Integral à Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.10425

Dedico esta dissertação a todos os trabalhadores de saúde do Sistema Único de Saúde brasileiro, que a despeito de todas as dificuldades, seguem firmes na missão de melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

AGRADECIMENTOS

Ao meu país, a quem devo minha formação como médica, como médica de família e comunidade e atualmente como mestre.

Agradeço aos meus pais pelo exemplo e apoio incondicional, além de meus irmãos por terem me ajudado a ser o que me tornei hoje, em especial a Ângela que me ajudou bastante nesta caminhada.

À prefeitura do município do Rio de Janeiro e à ENSP/ Fiocruz que em parceria oportunizaram o Mestrado profissional em Atenção Primária a Saúde, iniciativa de contribuição inestimável à melhoria da qualificação profissional da rede, e em especial a Prof.^a Dr.^a Elyne Engstrom que coordenou brilhantemente a condução da turma, além de Amanda Fehn, a qual não poupou esforços para que todos tivessem as melhores condições de desenvolvimento possíveis.

Agradeço à minha prezada orientadora, Prof.^a Dr.^a Ligia Giovanella, pela dedicação e paciência na orientação deste estudo, pelos inúmeros ensinamentos e pela confiança em mim depositada.

A todos os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, em especial da Regulação Ambulatorial pela colaboração e disponibilidade em apoiar a pesquisa, principalmente a Bruno Braga, Mariana Scardua e José Carlos Prado Júnior pelo total apoio para a realização do estudo.

A Thiago Diniz, pela importante ajuda na utilização do SPSS.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública - Ensp/Fiocruz, em especial, ao Prof. Dr . Carlos Eduardo Aguilera pelo constante incentivo entusiasmado ao projeto.

Aos meus amigos e colegas de turma, Renata Maciel, Renata Barros, Monique Bloise, Josinei Feijó, Laila Louzada, Alice Mariz, Mariana Scardua e Daniel Puig pela alegria, generosidade e por compartilhar mais esse desafio, com a certeza de que não estou sozinha neste objetivo.

Aos funcionários do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde – NUPES, Cláudio e Lincoln, pela colaboração em todos os momentos solicitados.

*“ Só eu sei as esquinas por que
passei ...*

(Djavan, 1984)

RESUMO

A regulação assistencial adequada melhora a equidade no acesso à atenção especializada conforme a necessidade das pessoas, tornando-se um instrumento para a

garantia da atenção integral. A crescente regulamentação do SUS responsabilizou os municípios pela regulação assistencial para garantir a integralidade e o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde. O município do Rio de Janeiro, após diferentes configurações, passou a regular as vagas de procedimentos especializado através da plataforma web SISREG, desenvolvida pelo DATASUS. Em junho de 2012, a gestão municipal descentralizou a regulação ambulatorial e empoderou os médicos responsáveis técnicos das unidades básicas de saúde para exercer tal função. O presente estudo objetivou analisar os efeitos da inserção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no processo de regulação assistencial ambulatorial no município do Rio de Janeiro-RJ na qualidade da regulação e nas filas de espera. Quatro procedimentos foram analisados, tomados como marcadores: consulta em oftalmologia geral-geral, consulta em cirurgia geral-geral, consulta em obstetrícia – alto risco geral e mamografia bilateral- rastreamento. A partir de dados do SISREG foram comparados número de vagas, status das solicitações, tempo médio de espera geral e de acordo com a classificação de risco dos quatro procedimentos, entre janeiro de 2011 e dezembro de 2013. Os resultados mostram efeitos diferenciados por procedimento. Para consulta em oftalmologia, o número de vagas dobrou ao longo do período e houve redução do tempo de espera em 50%, de 184 dias em 2011 para 99 dias em 2013. Para consulta em cirurgia geral o aumento do número de vagas foi de apenas 6% e o tempo de espera subiu de 63 para 72 dias. Para consulta de obstetrícia-alto risco ocorreu aumento do número de vagas e o tempo de espera reduziu para as classificações de risco mais graves (risco vermelho, de 38 para 25 dias), porém observou-se leve aumento no tempo médio de espera, de 36 para 39 dias. Para mamografia rastreamento que tem oferta de vagas suficiente ocorreu redução do tempo de espera (de 68 para 18 dias) bem como do absenteísmo. A qualidade da regulação para os quatro procedimentos melhorou com o aumento de solicitações devolvidas e negadas, demonstrando avaliação mais criteriosa pelos reguladores. Com base na literatura e a partir da análise dos dados, conclui-se que a redução dos tempos de espera resultaram de um conjunto diversificado de medidas tomadas pela SMS do Rio de Janeiro. As mudanças na regulação melhoraram sua qualidade e foram mais efetivas para redução de tempos de espera quando acompanhadas do aumento da oferta de vagas. É necessário buscar novas perspectivas de responsabilização da APS e de aproximação dos prestadores dos diversos níveis para a coordenação do cuidado de modo que a regulação assistencial torne-se um instrumento de melhoria da equidade e não mais uma barreira ao acesso dos usuários.

Palavras-chave: Regulação Assistencial; Atenção Primária à Saúde; Listas de Espera.

ABSTRACT

An adequate healthcare regulation improves the equity to the access to the specialized care according to the person needs, and became a tool to assure an access to a comprehensive health care. The increasing regulation of the Brazilian Unified Health System (hereby SUS) passed the responsibility to the municipalities for the healthcare regulation to assure the comprehensiveness and the adequate operation of the healthcare network. Rio de Janeiro city, after several configuration attempts, began to regulate the specialized procedures through the web SISREG platform, developed by DATASUS. In June 2012, the municipal management decentralized the outpatient regulation and empowered doctors that were technical managers of the basic health care units to serve as refugators. The present study has as objective to analyse the effects of the insertion of the primary health care professionals in the regulation process of outpatient specialized care in the municipality of Rio de Janeiro-RJ, regarding quality of regulation and waiting times. Four procedures were analysed: consultations in ophthalmology, consultations in general surgery, consultations in obstetrics and consultations for screening bilateral mammogram. Based of the data from SISREG, it was possible to compare the number of schedule, requisition status, the overall average waiting times and according to the risk rating in these four procedures, between January 2011 and December 2013. The main findings were: the amount of schedule for ophthalmology doubled in the period and occur a reduction in almost 50% in the waiting times; for surgery the waiting times increased in 10 days over time, and the number of consultation increased in 6% between the period; for obstetrics the waiting times were reduced for the most severe classification risks, however it was observed a slight increase in the average waiting times; for screening bilateral mammogram there was a reduction in wait time as well as absenteeism. The quality of the regulation presented improvement for the four precedures, with the increase in the returned and denied requisitions, showing a more careful evaluation from the managers. From the data analysis, based on the literature, it can be concluded that the set of measurements taken by the Rio Janeiros's SMS incurred in the reduction of the average waiting time, and that increase of the number of schedule is one of the most effective measurement. It is necessary to search for new perspectives for the accountability of APS and the oncoming of the providers of several levels to coordinate the care in a way the healthcare regulation became a tool for the improvement in the equity and not another barrier to the access of the users.

Keywords: Healthcare regulation, Primary health care, Waiting times.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA, JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	2
2. ASPECTOS TEÓRICOS CONCEITUAIS.....	5
2.1 INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO	5
2.2 LISTAS DE ESPERA.....	10
2.3 REGULAÇÃO ASSISTENCIAL	12
3. A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	16
4. METODOLOGIA	22
4.1 SELEÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	22
4.2 LEVANTAMENTO DOS DADOS DO SISREG.....	25
4.3 ANÁLISE DOS DADOS	27
5. RESULTADOS: EVOLUÇÃO DA OFERTA DE VAGAS, STATUS DAS SOLICITAÇÕES E TEMPOS DE ESPERA PARA OS PROCEDIMENTOS SELECIONADOS ENTRE 2011 E 2013.....	29
5.1 EVOLUÇÃO DA OFERTA DE VAGAS	29
Oferta de vagas para consultas de oftalmologia – geral	29
Oferta de vagas para consulta em cirurgia geral	32
Oferta de vagas para consultas de Obstetrícia – Alto Risco Geral.....	33
Oferta de vagas para Mamografia – Rastreamento	34
5.2 EVOLUÇÃO DO STATUS DAS SOLICITAÇÕES	37
Evolução dos status das solicitações para consulta em oftalmologia geral – geral	37
Evolução dos status das solicitações para consulta em cirurgia geral-geral	39
Evolução dos status das solicitações para consulta em obstetrícia- alto risco geral	41
Evolução dos status das solicitações para mamografia bilateral- rastreamento	43
Evolução do status das solicitações comparando os procedimentos	45
Aprovadas	45
Devolvidas	46
Negadas.....	47
5.3 EVOLUÇÃO DOS TEMPOS DE ESPERA	48
Tempos de espera para consulta em oftalmologia geral- geral.....	48
Frequência de intervalos entre a solicitação e a execução para consulta em oftalmologia geral	50
Tempo médio de espera para consulta em cirurgia geral- geral	52
Frequência de intervalos entre a solicitação e a execução para consulta em cirurgia geral- geral.....	53
Tempo médio de espera para consulta em obstetrícia – alto risco geral	54
Frequência de intervalos entre a solicitação e a execução para consulta em obstetrícia - alto risco geral	55
Tempo médio de espera para mamografia bilateral – rastreamento	57
Frequência de intervalos entre a solicitação e a execução para mamografia bilateral- rastreamento	59
5.4 TEMPO MÉDIO DE ESPERA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE RISCO.....	60
Tempo médio de espera segundo a classificação de risco para consulta em oftalmologia – geral	61
Tempo médio de espera segundo a classificação de risco para consulta em cirurgia geral- geral.....	63
Tempo médio de espera segundo a classificação de risco para consulta em obstetrícia- alto risco geral.....	65
Tempo médio de espera segundo a classificação de risco para mamografia bilateral- rastreamento	67
6. DISCUSSÃO.....	69
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84

1. INTRODUÇÃO

A integralidade da assistência, compreendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, de acordo com a necessidade das pessoas, é garantida pela Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 e regulamentada pela Lei nº 8080.

O Brasil optou por um sistema público e universal de saúde, que deve garantir atendimento integral para todos os cidadãos, não limitando o atendimento a um “pacote” mínimo e básico de serviços de saúde, sendo necessária a integração dos serviços de atenção básica à rede assistencial (Brasil, 2011). A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem avançado e a Atenção Primária à Saúde (APS) tem se fortalecido a partir das evidências de sua efetividade (Harzheim; Lima; Hauser, 2013).

De modo a respeitar o princípio da integralidade, é necessário que haja “garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar”, disponível para a APS, uma vez que nesse nível do cuidado é esperado o emprego de tecnologias de baixa densidade (Brasil, 2011).

No município do Rio de Janeiro (RJ) o acesso/encaminhamento dos usuários da APS ao atendimento especializado se dá por meio da Central de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sendo necessária inserção do paciente pelo médico assistente na APS em uma plataforma on-line (SISREG). Este é o meio preferencial, praticamente exclusivo, de encaminhamento para serviços secundários e terciários na cidade desde junho de 2012, ainda que nem todas as vagas de consultas e procedimentos especializados disponíveis no município estejam cadastradas no SISREG; onde se conclui que existem fluxos alternativos de acesso.

A estruturação da regulação assistencial ambulatorial teve grande repercussão nos serviços de referência ambulatoriais e hospitalares, haja vista a estruturação da APS no município ser recente, havendo uma cultura da população de procura de atendimento direto em hospitais ou ainda a realização de acompanhamento de saúde por meio de cardiologistas, ginecologistas e pediatras nos Centros Municipais de Saúde (CMS). Com a introdução da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com expansão a partir de 2009, por meio das Clínicas

da Família (CF), houve gradativamente a transferência da responsabilidade sanitária desses usuários às Equipes de Saúde da Família com médico generalista.

Com a implantação do SISREG e consolidação da saúde da família, houve, ainda, a descentralização de uma série de atributos de gestão para os Gerentes Técnicos (GT's) e aos médicos Responsáveis Técnicos (RT's) das unidades de atenção básica. Dentre as responsabilidades delegadas aos RT's está a de regular o acesso às vagas de serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar do município. Estes profissionais da APS atuam juntamente com o serviço central de regulação do município, o qual era insuficiente para realizar a contento esta tarefa. A dificuldade operacional de regulação pelo serviço de regulação da SMS gerava uma grande lista de espera de usuários, além de significativo desperdício de vagas, perdidas por falta de capacidade de agendamento pela equipe de regulação.

A estratégia da gestão municipal para tentar solucionar este verdadeiro “gargalo” das vagas, foi descentralizar para a APS esta função criando senhas de reguladores no SISREG para preceptores do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde e para os médicos responsáveis técnicos (RT's), aumentando desta forma o número de médicos “reguladores” para agilizar o processo de agendamento no sistema.

O presente estudo visa analisar de que forma esta inserção da APS na regulação mudou o contexto da regulação de vagas na cidade, após mais de um ano da descentralização dessa atribuição para profissionais que atuam diretamente com a assistência na APS. Busca examinar possíveis efeitos desta medida na qualidade da regulação e nos tempos para acesso dos usuários à atenção especializada, além de buscar caminhos para melhoria do acesso no município.

1.1 Caracterização do problema, justificativa e objetivos do estudo

O acesso à assistência à saúde, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, na média e alta complexidade é um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde no SUS (Solla e Chioro, 2012). De um lado, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) convivem com uma grande pressão de demanda por estes recursos

assistenciais, a qual não se consegue responder, gerando muitas vezes longas filas de espera para alguns procedimentos. Por outro lado, estes serviços representam vultosos gastos para o orçamento da saúde (Franco, 2013).

Compreendendo que, mesmo que não houvesse limitação de procedimentos especializados e que sua oferta fosse inesgotável, é vital que haja controle do acesso de pacientes aos serviços de saúde especializados, para que não haja uso excessivo e desnecessário destes, uma vez que não são livres de riscos e custos, cabendo a todos proteger os usuários de iatrogenias e medicalização excessiva.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1991), a equidade em saúde supõe que, idealmente, todos devem ter uma oportunidade justa para alcançar seu potencial em saúde e que ninguém deve estar impossibilitado de alcançar este potencial. Iniquidades são as diferenças em saúde que não somente são desnecessárias e evitáveis (devido às más condições socioeconômicas), mas que também são consideradas injustas.

Todavia, segundo Médici (2009), para o princípio da equidade, as pessoas não deveriam ter acesso igual aos serviços, mas ter iguais oportunidade para alcançar os recursos necessários para cada um, de modos a exercer o direitos de cidadania e incentivar o desenvolvimento da responsabilidade individual. Nesse sentido são necessários instrumentos públicos para adequar a oferta, homogeneizar a informação e promover a igualdade de oportunidades; e políticas ativas de inclusão social (gênero, etnia, pertinência cultural, etc.).

A equidade deve estar associada ao acesso conforme necessidade e não ao uso dos serviços de saúde, uma vez que demandas dos serviços de saúde são deveras influenciadas pelo meio (mercado, mídia e cultura). Portanto, deve haver correção das assimetrias de informação, além de informação e frequente avaliação dos serviços, mais diagnóstico e normas baseadas em evidência. É crucial que se invista em serviços eficientes, que gerem maior resultado por unidade de dinheiro gasto, considerando protocolos, custos e medição de impacto (Médici, 2009).

O SUS é uma das mais importantes políticas sociais brasileiras implantadas nos últimos 20 anos. No entanto, ainda há necessidade de melhoria no acesso, uso e a qualidade dos serviços para os grupos mais desfavorecidos. A garantia de acesso aos grupos populacionais com maiores necessidades de saúde deve ser a principal prioridade do SUS.

O interesse em realizar essa pesquisa vem da importância da integralidade da assistência e da gestão do cuidado, além da minha participação neste processo. Estou inserida nesse contexto como uma reguladora da assistência ambulatorial a partir desta mudança, pois atualmente sou preceptora da residência de medicina de família e comunidade da prefeitura. Por ter presenciado as duas realidades, onde tive a experiência de ser solicitante e após me encontrar como reguladora, tive a curiosidade despertada para estudar os efeitos dessa nova estratégia de regulação no acesso aos serviços especializados.

Entendo que a gestão municipal é capaz de empoderar a Atenção Primária à Saúde, e pretendo examinar como a APS pode coordenar a atenção e regular o acesso dos usuários para os demais níveis de complexidade através do Sistema de Referência e Contra-Referência no município do Rio de Janeiro.

O estudo tem como propósito contribuir para a busca de estratégias de melhoria do modelo de regulação considerando os princípios da equidade, universalidade e integralidade no SUS.

A questão norteadora da presente pesquisa é saber quais foram os efeitos da inserção de médicos da APS no processo de regulação assistencial ambulatorial no município do Rio de Janeiro- RJ.

O objetivo geral do estudo é analisar os efeitos da inserção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde no processo de regulação assistencial ambulatorial no município do Rio de Janeiro-RJ, no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2013.

Seus objetivos específicos são: a) Descrever o atual processo de regulação assistencial ambulatorial no município do Rio de Janeiro- RJ; b) Examinar as mudanças nos parâmetros do SISREG após um ano da descentralização da regulação de consultas, procedimentos e exames de média e alta complexidade para a APS, no município do Rio de Janeiro (janeiro-2011 a dezembro-2013); c) Analisar mudanças na qualidade da regulação assistencial ambulatorial após a inserção dos profissionais da APS neste processo; d) Analisar os efeitos da inserção da APS na regulação nos tempos de espera para procedimentos ambulatoriais especializados, no SISREG; e) Apontar potencialidades e limites desse modelo de regulação.

2. ASPECTOS TEÓRICOS CONCEITUAIS

No presente capítulo são abordados elementos teórico conceituais acerca de integralidade de assistência, listas de espera e regulação assistencial para introduzir as principais questões do estudo e auxiliar na compreensão e discussão dos achados.

2.1 Integralidade da atenção

A partir de 1988, com a promulgação da atual Constituição Brasileira, a saúde torna-se “direito de todos e dever do Estado” de acordo com seu artigo 196 (Brasil, 1988); devendo ser garantida mediante “políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

O artigo 198 prevê que as ações e serviços de saúde devem ser constituídas em rede, regionalizada e hierarquizada, seguindo as diretrizes de descentralização, participação da comunidade e integralidade, com prioridade para as atividades preventivas (Brasil, 1988). Segundo Giovanella et al (2002), com o processo de descentralização e a progressiva responsabilização do poder municipal, até meados da década de 90, prevaleceu o modelo de repasses financeiros baseado no pagamento faturado dos serviços prestados, gerando uma lógica de atenção baseada na produção de serviços. Isso culminou em um desencontro entre as necessidades reais dos usuários e a oferta de serviços de saúde.

A resposta às reais necessidades de saúde da população depende da efetivação dos princípios de equidade e integralidade. Quando se analisa o acesso universal e igualitário, deve-se ter em mente que igualdade e equidade são conceitos distintos, havendo ainda a dificuldade de garantir igualdade em saúde no contexto de uma sociedade economicamente desigual (Médici, 2009). Travassos (1997) afirma que “a saúde apresenta forte gradiente social, que tende a ser desfavorável aos indivíduos pertencentes aos grupos menos favorecidos. A força dos fatores sociais na determinação de variações nas chances, experimentadas por indivíduos socialmente distintos, de viver uma vida mais sadia e de prolongar sua sobrevivência pode ser evidenciada de várias formas.”

De acordo com Travassos (1997), na área da saúde é importante diferenciar a equidade em saúde da equidade no consumo de serviços de saúde, uma vez que esta última não seria suficiente para diminuir as desigualdades existentes de adoecer e morrer entre os grupos

sociais, pois os determinantes sociais de adoecimento e morte diferem das desigualdades no consumo de serviços de saúde.

Esta mesma autora conclui que o uso de serviços de saúde pode impactar positivamente a saúde das populações e reduzir a mortalidade por causas específicas com aumento de sobrevida, mas pode ter impacto negativo sobre esta quando há baixa qualidade dos cuidados prestados, prestação de serviços desnecessários e uso de procedimentos ineficazes e/ou potencialmente perigosos.

Travassos (1997) aponta ainda que a formulação de políticas de saúde voltadas para a equidade exige a operacionalização deste princípio. Na Constituição brasileira de 1988, a equidade foi tomada como igualdade de acesso aos serviços de saúde.

Igualdade de acesso geralmente é operacionalizada, pela maioria dos países, como igualdade de oportunidade na utilização de serviços de saúde para necessidades iguais, ou como igualdade de tratamento para necessidades iguais (Travassos, 1997). Segundo este princípio, indivíduos portadores de um mesmo problema de saúde devem ter a mesma oportunidade de utilizar serviços de saúde e receber a assistência necessária, independentemente de sua condição social e econômica.

A integralidade é um conceito polissêmico e diversos autores enfatizam diferentes aspectos. Segundo Mattos (2001) a integralidade da saúde pode assumir diferentes sentidos: primeiro relacionado ao profissional e ao serviço, em compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde, que um usuário apresenta em sua demanda por serviços de saúde; segundo relacionado à organização dos serviços e práticas de saúde, voltado à articulação entre assistência e práticas de saúde pública, tendo na disciplina de epidemiologia o apoio para apreender necessidades de saúde da população; e terceiro relativo à definição de políticas, representando respostas governamentais a problemas de saúde específicos.

Nessa perspectiva, a integralidade é entendida como uma das diretrizes do SUS que preconiza o acesso da população ao sistema nos diversos níveis de atenção, seja ele primário, secundário ou terciário, preventivo ou curativo, técnico ou político. Por isso, a integralidade vem subsidiando outras discussões de maior amplitude, já que o conceito constitucional não tem dado conta de explicar a magnitude e a complexidade das dimensões estruturais, políticas, subjetivas e técnicas que estão envolvidas nos saberes e nas práticas integrais em saúde no contexto brasileiro (Oliveira, 2010).

Dentre os princípios do SUS, talvez a integralidade seja o mais ausente até o momento, havendo poucas metodologias apropriadas disponíveis para avaliar os sistemas de saúde e em especial esta diretriz (Giovanella et al, 2002). Segundo Conill (2004), considerando a integralidade como diretriz política, ideal ou objetivo, trata-se de um atributo relevante a ser examinado quando se avalia a qualidade do cuidado, serviços e sistemas de saúde de modo geral e mais especificamente naqueles direcionados para uma política de cuidados primários.

De acordo com Giovanella et al (2002), a integralidade refere-se a um sistema que garanta de forma articulada, para indivíduos e populações, ações sanitárias de três tipos: promoção de saúde, prevenção de enfermidades e de acidentes e recuperação da saúde (cura e reabilitação). Envolvendo os três níveis de atenção nas ações de recuperação (primária, secundária e terciária), conforme as necessidades dos indivíduos e comunidades. A verificação da existência de recursos capazes de responder a demanda, dá também uma ideia das condições estruturais que possibilitem a integralidade (Conill, 2004).

Giovanella et al (2002) construíram um conceito de integralidade composto de quatro dimensões: 1) primazia das ações de promoção e prevenção; 2) garantia de atenção nos três níveis de complexidade de assistência médica; 3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e 4) abordagem integral do indivíduo e famílias.

Especificamente a segunda dimensão se relaciona à integralidade na assistência, e foi definida como “oferta organizada de assistência curativa e de recuperação, garantindo-se referência e contra-referência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua unidades/procedimentos nos distintos níveis de complexidade (baixa, média e alta), com fluxos e percursos definidos e ordenada espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território” (Giovanella et al, 2002; p. 50).

De acordo com Travassos (1997), a disponibilização de serviços de saúde deve ser abordada tanto na dimensão geográfica, quanto na dimensão social. A dimensão geográfica refere-se à comparação das taxas de utilização entre as regiões, que variam conforme a capacidade local de financiamento e oferta, e de compra dos serviços. Estas não espelhariam diretamente as desigualdades sociais. A autora afirma ainda que “a dimensão social das desigualdades no uso de serviços de saúde reflete o caráter seletivo da estrutura do sistema de saúde, pois a organização local desses serviços impacta diretamente o perfil de desigualdades entre os grupos sociais” (1997: p. 328) .

Segundo Conill (2004), em nosso país predomina uma percepção ampliada de integralidade, que considera, além da gama de serviços, seu caráter contínuo e coordenado, sendo a atenção primária a saúde um *locus* privilegiado para a ocorrência de tal prática. Esta mesma autora, destaca ainda que geralmente se avalia a integralidade associando-a ou mesmo confundindo-a com medidas de acesso, destacando o fato de que para que o sistema de saúde seja efetivo, deve garantir equidade na utilização de seu conjunto amplo de ações; além de lembrar que o acesso a cuidados parcelares e descontínuos, produzido por sistemas que apresentam fragmentação não traz benefício para o paciente e impede que o cuidado ocorra de forma integral de fato (Conill, 2004).

A fragmentação dos sistemas de saúde manifesta-se de formas distintas. No desempenho geral do sistema, aparece como falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa e atenção à saúde no lugar não apropriado. Na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação expressa-se como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população (OPAS, 2010).

Os sistemas fragmentados de saúde constituem-se por um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros. São incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Não contemplam uma população adscrita de responsabilização. A atenção primária não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde. Os sistemas de apoio e os sistemas logísticos não funcionam em suporte da APS e a atenção é fundamentalmente provida de forma reativa e episódica (OPAS, 2010).

Para a OPAS (2010), a fragmentação é um problema comum a sistemas de saúde de diversos países. A crise contemporânea dos sistemas de saúde manifesta-se, inequivocamente, no SUS, apesar dos significativos avanços que esse sistema apresentou para a população brasileira em pouco mais de duas décadas de existência. A razão principal é que há uma incoerência entre a situação de saúde e a resposta social a essa situação, estabelecida pelo sistema público de saúde brasileiro. A situação de saúde no Brasil está fortemente influenciada por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças.

A atenção primária à saúde renovada, tal como tem sido proposta por organismos internacionais (OPAS, 2007; Organização Mundial da Saúde, 2008) exige afirmá-la como a

estratégia de reordenamento do SUS para garantia da integralidade. Só assim se concretizará, na prática social do SUS, o discurso oficial do Ministério da Saúde de uma Estratégia da Saúde da Família (Ministério da Saúde, 2007).

Neste sentido, a efetivação da APS requer passar de uma gestão baseada na oferta para uma gestão de base populacional. A organização de redes de atenção à saúde, em sistemas públicos como o SUS, implica também a definição de uma dimensão territorial, vez que esses territórios são parte da determinação social da saúde e de uma lógica racional de organização dos sistemas de saúde, especialmente na busca de economias de escala, de escopo e de qualidade da atenção à saúde (OPAS, 2010).

Analizando a integralidade de forma mais ampla possível, Cecílio (2001; p.117) entende que “a integralidade nunca será plena em qualquer serviço de saúde singular, por melhor que seja a equipe, por melhores que sejam os trabalhadores, por melhor a comunicação entre eles e a coordenação de suas práticas” Sendo assim, a rede de atenção à saúde deve propiciar o fluxo ordenado dos usuários de modo a garantir o cuidado adequado destes da maneira mais custo-efetiva possível. Cecílio (2001; p.113) aponta que integralidade e equidade constituem os objetivos da atenção à saúde, e mais importante que a discussão sobre acesso e consumo de serviços, o debate sobre integralidade precisa avançar no campo da micropolítica, com suas articulações e fluxos, investindo em inovações nas práticas em saúde.

O SUS se constitui em uma das políticas públicas mais inclusivas praticadas no Brasil. Antes da Constituição Federal de 1988, os brasileiros eram desigualmente divididos entre uma minoria que tinha emprego formal e acessava os serviços de assistência médica da previdência social e não inseridos no mercado formal eram tratados como indigentes ou por meio de políticas de saúde pública seletivas. A instituição do SUS permitiu incluir, de forma rápida e extensiva, milhões de brasileiros como cidadãos portadores de direitos no campo da saúde (OPAS, 2010). Resta agora o aprimoramento das redes de atenção de modo a torná-lo mais eficaz e equânime, conforme as considerações já apontadas.

As estratégias de regulação assistencial e para acesso à atenção especializada conforme a necessidade das pessoas são instrumentos para a garantia de atenção integral aos cuidados de saúde com equidade.

2.2 Listas de Espera

As dificuldades para acesso a atenção especializada de média e alta complexidade se expressam em filas e tempos de espera¹. O fenômeno das listas de espera, especialmente para cirurgias eletivas, constitui um problema comum a diversos países, sem depender do tipo de sistema de saúde (Hurst e Siciliani, 2003). No Brasil, também testemunhamos tal situação para consultas com especialistas e procedimentos diagnósticos; sendo os elevados tempos de espera a principal causa de insatisfação dos usuários do SUS (Conill et al., 2011).

No município do Rio de Janeiro, a falta de acesso, de modo geral, tanto a consultas na APS, como tempo de espera para procedimentos especializados (consultas, cirurgias eletivas e exames) constituem grande parte das ouvidorias da prefeitura, havendo diversos movimentos da gestão municipal na tentativa de reduzir essa demora, e consequentemente, a insatisfação dos usuários.

Pode-se medir a espera de diversas formas: contando o tempo que os usuários que estão na lista tem aguardado, pelo número de pacientes na lista e pelo tempo total esperado por aqueles que foram efetivamente atendidos. Este último parâmetro é o mais relevante por medir o tempo que as pessoas aguardam para serem efetivamente tratadas, uma vez que mede o tempo entre a identificação do agravo até a realização do procedimento (Kreindler, 2010). O número de pacientes na lista não é tão relevante, o importante é determinar quanto tempo estes esperam, e o número de pacientes que esperam mais do que um tempo considerado aceitável (Kreindler, 2010).

Harrison & Appleby (2009) discorrem a respeito da espera oculta, que consiste na omissão do tempo que o usuário aguarda desde a sua consulta com o especialista até a realização do procedimento necessitado. Muitas vezes o tempo de espera deixa de ser contado a partir do momento em que o paciente acessa o serviço, desconsiderando que muitas vezes há demora até a feitura de exames, reavaliação ou agendamento de leito hospitalar, o que subestima os reais tempos de espera.

Quando os tempos de espera são elevados, acima do tolerável (parâmetro relativizado pelo tipo de procedimento e status clínico do usuário), pode ocorrer prejuízo para a saúde das pessoas, bem como influenciar negativamente a qualidade do sistema de saúde (Conill et al, 2011). No entanto, segundo Hurst & Siciliani (2003), um tempo curto de espera para cirurgias não urgentes (me permitindo estender este raciocínio para os demais procedimentos eletivos)

¹ As listas de espera são consideradas como um instrumento de regulação do acesso (Hurst e Siciliani, 2003).

não levaria à deterioração do estado de saúde dos usuários e aumentaria a eficiência para a capacidade instalada, reduzindo a necessidade de investimentos excessivos com baixo custo benefício, considerando o baixo impacto desta curta espera nos níveis de saúde da população.

Entretanto, deve haver uma razoabilidade neste tempo de espera, bem como uma garantia de atendimento dos casos urgentes. Para Kreidler (2010), o grande problema não é eliminar os tempos de espera, mas sim mantê-los em um nível aceitável e promover a qualidade, equidade e um uso sábio dos recursos. Espera-se que haja um manejo das listas de espera baseado na priorização de casos de acordo com sua gravidade, além de estratégias de oferta dos procedimentos mais críticos, bem como regulação adequada das solicitações para impedir a má utilização dos recursos, principalmente através da medicina baseada em evidências, desenvolvimento de critérios de utilização dos recursos, monitoramento das lista e transparência no processo de regulação e apresentação dos tempos reais (Kreindler, 2010).

A formação e extensão da lista depende da saída de usuários que realizaram seus tratamentos, bem como dos critérios para inclusão de novos pacientes que podem ser mais ou menos rígidos, influenciando nas taxas de entrada na lista. Sendo assim, para analisar os fatores que explicam as lista de espera faz-se necessário observar tanto aqueles que influenciam a oferta como aqueles que influenciam a demanda dos procedimentos, havendo diversas formas de intervenção mais ou menos efetivas para a redução das listas.

De acordo com Kreindler (2010), as políticas de redução das listas de espera para procedimentos eletivos atuam mais ou menos diretamente no comportamento entre oferta, demanda local e organização dos processos de regulação ao acesso. Podendo-se implementar estratégias de redução da demanda, incentivos e metas de tempo máximo de espera para os prestadores ou aumento de oferta, com aumento da capacidade ou melhora da eficiência no uso da capacidade instalada.

Na revisão realizada por Kreindler (2010), o pagamento direto por procedimentos e o investimento em capacidade (a longo prazo) foram apontadas como estratégias com evidências consistentes de efetividade no que diz respeito a oferta de procedimentos. No entanto, sob algumas condições, também se mostram efetivos a contratação de serviços do setor privado, promoção de eficiência local e simplificação do sistema. Não há evidência de que o redirecionamento dos pacientes de acordo com a escolha reduza os tempos de espera como um todo. Esta mesma revisão aponta que ofertar serviços fora do local (tratamento fora de domicílio) e estimular o seguro privado de saúde tem evidência de efetividade limitada (Kreindler, 2010).

No que diz respeito à demanda por procedimentos, não está claro se promover o cuidado adequado e prevenir agravos à saúde reduza a necessidade de intervenções especializadas. Kreindler (2010) aponta ainda que, em certas circunstâncias, garantir acesso aos procedimentos de acordo com a prioridade (considerando paciente/serviço) é uma estratégia efetiva para reduzir a demanda, concluindo que, no gerenciamento das listas, incentivos indiretos (mercado) e estabelecimento de metas, apenas, são ineficientes para redução dos tempos de espera. No entanto, quando se combina as metas a incentivos diretos há resultados consistentes.

No município do Rio de Janeiro, o contrato de gestão entre a SMS e as OSS que prestam serviço de APS orienta manutenção de encaminhamento para algum serviço ou procedimento especializado de no máximo 10% dos pacientes atendidos pela APS. Além disso, estabelece que a taxa de absenteísmo nas consultas e procedimentos agendados no SISREG não deve ultrapassar 30% (SMS-RJ, 2014). No entanto, estes indicadores não tem sido operacionalizados e monitorados. Tais informações dependem de dados confiáveis dos prontuários eletrônicos, o que ainda não é possível, impedindo que as equipes monitorem estas variáveis.

2.3 Regulação assistencial

Revisões recentes, apontam uma diversidade de conceitos para o termo regulação, sendo às vezes relacionados e outras vezes divergentes. Trata-se portanto de um termo polissêmico, que vem sendo aprimorado e utilizado conforme as transformações políticas, sociais e econômicas pelas quais a sociedade passa (Barbieri e Hortale, 2002). Dentre as distintas concepções relacionadas à regulação, deve-se destacar as noções de controle, equilíbrio, adaptação e direção. Oliveira e Elias (2012) apontam que estas quatro ideias fundamentais sobre regulação possibilitam sintetizar essa polissemia conceitual e distinguir essencialmente duas naturezas para a regulação, o componente técnico corresponde às ideias de controle e equilíbrio, enquanto direção e adaptação referem-se ao seu componente político.

A regulação pode ser empregada em diversos setores, com diversos significados. Conforme apontado por Vilarins, Shimizu e Gutierrez (2012), é frequentemente utilizada quando serviços de interesse público funcionam sob concessão do Estado e por isso corresponderia ao ato de regulamentar/elaborar leis e normas, quanto a ações e técnicas e assegurar que estas sejam cumpridas, por meio de fiscalização, controle, avaliação, auditoria,

sanções e premiações (Mendonça, Reis, Moraes, 2006).

Regulação é também concebida como uma maneira de propiciar eficiência econômica, porém vai além desse aspecto quando se compreende como um instrumento para a manutenção do equilíbrio dos sistemas; mais ainda como uma forma de corrigir possíveis e inevitáveis distorções. Não há dúvida de que os provedores de serviços devem estar sob regulação, independentemente de serem entes públicos ou privados, haja vista o favorecimento do acesso aos serviços pela população à medida que haja uma otimização dos recursos disponíveis, argumentam Vilarins, Shimizu e Gutierrez (2012).

Apesar de querer evitar a ótica puramente economicista do termo, é imprescindível analisar a regulação na perspectiva da necessidade de distribuir os recursos, sejam físicos, econômicos, de tempo ou profissionais da maneira mais equânime possível. Na medida em que com o subfinanciamento de diversos serviços estatais, há desequilíbrio importante entre as necessidades dos cidadãos e a oferta de serviços, por um lado, há escassez de serviços essenciais, enquanto por outro, abundam procedimentos muitas vezes desnecessários. Sendo assim, sem processos regulatórios, haveria o risco da oferta definir o que de fato será consumido, de forma perversa, segundo a inadequada lei da oferta e da procura.

Na área da saúde, o Estado faz-se protagonista deste processo, atuando em três níveis distintos: os sistemas de saúde, a atenção à saúde e a regulação assistencial. Esta última relacionada ao acesso à assistência (Mendonça, Reis e Moraes, 2006) a qual é o tema central do presente estudo. No Brasil, a necessidade de regulação assistencial tem sido discutida principalmente quanto à fragmentação do cuidado e à dificuldade de acesso a serviços e procedimentos.

O debate institucional é relativamente recente sobre conceito, práticas e finalidades da regulação, controle, avaliação e auditoria em saúde. Aparece inicialmente com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (2001-2002) e, posteriormente é ampliado com o Pacto pela Saúde (2006), o qual também discutiu regulação, matriciamento e linhas de cuidado como formas de articular a gestão do sistema e a produção do cuidado (Baduy, 2011).

Apesar da equidade no acesso aos serviços de saúde ser objetivo da maior parte dos sistemas de saúde, ainda existem barreiras importantes para que isto seja atingido. A regulação assistencial seria para Vilarins, Shimizu e Gutierrez (2012) portanto, um instrumento de gestão, com potencialidade de promover a equidade social do sistema de saúde, na tentativa de reduzir a desigualdade ao interferir na relação entre necessidade, oferta

e demanda, reduzindo distorções.

Quando se analisa dados epidemiológicos, quanto à morbidade e mortalidade, comparando distintas regiões, classes sociais, sexo, raça, etc. percebe-se, claramente, quão inequânime é nosso sistema de saúde até o momento, havendo uma influência muito perversa de causas de adoecimento ou de acesso aos serviços, condicionadas por fatores sociais (Ribeiro e Barata, 2012). Neste sentido, a regulação assistencial pode ser um instrumento que contribuiria para a melhora do acesso. O acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde dá-se de forma não equânime, havendo, portanto, necessidade de maior conhecimento das estratégias de regulação, seus limites e potencialidades.

Já em 2002, Castro apontava que a função reguladora do Estado é fundamental para harmonizar e articular a oferta e a demanda, pois a intervenção estatal na saúde seria a única forma de otimizar a alocação dos escassos recursos disponíveis para a sociedade. Apesar de passada mais de uma década, todavia, ainda nos deparamos com uma disparidade impraticável entre a oferta de procedimentos especializados e a demanda solicitada pelos serviços de atenção primária à saúde, mediante encaminhamentos ao nível secundário. Tal desequilíbrio resulta em filas de espera maiores do que o aceitável nos sistemas de regulação, não propiciando acesso adequado e oportuno a boa parte desses usuários (Solla e Chioro, 2012). Leva-se um tempo elevado entre a solicitação do recurso e a disponibilização deste; o que às vezes é fatal para o usuário, e, acarreta descrédito para o sistema como um todo. Também é possível presenciarmos a “judicialização” desse processo, com cada vez maior interferência da justiça nas questões de acesso aos serviços de saúde (Marques, 2008). Além disso, os recursos para a saúde mantêm-se escassos. Apesar de já termos presenciado aumento destes, os mesmos permanecem muito aquém do necessário para a manutenção, expansão e qualificação de um sistema público de saúde que pretende ser integral e universal num país de grandes dimensões, como o nosso.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2008) a regulação assistencial é entendida como um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. De acordo com Baduy (2011), "a gestão dos sistemas e serviços de saúde no Brasil é um grande desafio para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Houve uma ampliação das ações e dos serviços ofertados, sobretudo pelos municípios, porém, ainda estamos distantes da rede contínua de cuidados integrais, indispensável para integrar as diferentes etapas de atenção, otimizar a aplicação dos recursos do SUS e consolidar sua legitimidade junto aos usuários". Nessa perspectiva, a

realidade de muitos serviços são ações fragmentadas de cuidado aos indivíduos, além de uma série de "gargalos" para a correta assistência e continuidade do cuidado.

Diversos estudos reforçam a necessidade de arranjos organizacionais em rede baseados em tomada de decisão coletiva, na cooperação e no diálogo para que seja possível superar as barreiras existentes para a coordenação do cuidado em saúde e a integralidade (Baduy, 2011).

A regulação assistencial inclui diferentes medidas e estratégias que envolvem um adequado sistema de referência e contra-referência, a elaboração de linhas de cuidado e diretrizes clínicas e assistenciais para agravos prioritários, estudos de demanda, monitoramento de encaminhamentos e listas de espera, sistemas de agendamento e reminder e estratégias de educação permanente, entre outros.

No presente estudo foi examinada uma das estratégias de regulação assistencial, parte do sistema de referência que é o agendamento informatizado e a ação de médicos reguladores na APS.

3. A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

De modo a ilustrar a evolução da regulação assistencial ambulatorial no município do Rio de Janeiro, segue uma breve descrição dos diversos modelos de regulação já existentes no município, de modo a possibilitar o entendimento do cenário no qual o evento chave, a descentralização da regulação assistencial, ocorreu:

O Ministério da Saúde define como regulação ambulatorial de média e alta complexidade o serviço de regulação do acesso às consultas, exames, terapias e cirurgias ambulatoriais de média e alta complexidade, executados em estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, de acordo com fluxos estabelecidos no âmbito federal, estadual e municipal (Brasil, 2013).

Considerando a necessidade de fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS, para promover o acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, além de tentar fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, o Ministério da Saúde instituiu, em agosto de 2008, a Política Nacional de Regulação do SUS. Esta política a ser implantada em todas as unidades federadas, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo, visa estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS e o aprimoramento e integração dos processos de trabalho (Brasil, 2008).

Para auxiliar este processo, foi criado o Sistema Nacional de Regulação (SISREG²). Este é um sistema on-line que concentra as solicitações de encaminhamentos de pacientes para os serviços especializados (consulta ou exames complementares), criado para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. Desde o início do seu uso o SISREG já sofreu diversas atualizações, agora encontra-se na terceira versão (SISREG III), sofrendo modificações continuamente (Brasil, 2013).

No município do Rio de Janeiro, a implantação de complexo regulatório tem ocorrido de forma bastante lenta. Por ter sido capital federal até o ano de 1960, posteriormente o estado da Guanabara, e em 1975 com a fusão tornar-se capital do estado do Rio de Janeiro, o Município do Rio de Janeiro tem grande concentração de estabelecimentos públicos de saúde em seu território, o que determina uma configuração muito particular ao seu sistema de saúde.

² Endereço eletrônico para acesso ao SISREG: www.sisregiii.saude.gov.br

A despeito da ampla oferta de serviços, trata-se de um sistema fragmentado, com baixa interlocução entre os serviços federais, estaduais, municipais e particulares conveniados ao SUS que dividem o espaço. Desta forma, há uma desarticulação da rede de atenção, sendo um desafio o acesso organizado dos usuários aos serviços de saúde.

Organizações de pacientes como a Associação Brasileira de Apoio aos Pacientes de Câncer (Martins, 2011), apontam que a falta de controle no processo de agendamento de vagas para o procedimento de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde permite a introdução de elevada subjetividade e arbitrariedade neste procedimento, comprometendo, desta forma, o princípio da equidade de acesso aos serviços públicos. Ocorreria o atendimento preferencial de pacientes (que possuem relações pessoais com os profissionais de saúde), contribuindo com uma distribuição contra-produtiva, desorganizada e ineficaz, que resultaria em um sistema de distribuição de vagas muitas vezes ilógico e injusto (Martins, 2011).

Até o final da década de 1990 não estava implantada nenhuma regulação assistencial das vagas na cidade do Rio de Janeiro. Os pacientes compareciam em uma central de marcação com o pedido de consulta/procedimento em receituário médico. Esta solicitação era carimbada com uma autorização e o paciente era orientado a qual serviço deveria dirigir-se para tal atendimento, ficando sob a responsabilidade do paciente conseguir a vaga desejada. Esta incipiente “regulação” do acesso era de responsabilidade do governo estadual.

A partir de janeiro de 1999, o município do Rio de Janeiro foi habilitado em gestão plena do sistema municipal, passando a ser responsável, entre outras atribuições, pela normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal. Passou, assim, a ser responsável pela contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares, administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de alto custo e procedimentos hospitalares de alta complexidade e pelas marcações e regulação das vagas da atenção secundária (Brasil, 1997).

Inicialmente, o controle de encaminhamentos era realizado com registro manual em livros ata nos quais eram protocoladas as autorizações para prestadores privados, de acordo com o número de cotas. O paciente encaminhado, de posse da solicitação, deveria dirigir-se pessoalmente ao setor da administração municipal denominado Central de Autorização de Internação e Procedimentos Especiais (CAIPE) para receber autorização, gerando filas desde a madrugada.

Ao final do ano de 2000, uma empresa privada que desenvolvia sistemas informatizados para o governo estadual, cedeu em caráter de teste um sistema em desenvolvimento à secretaria municipal de saúde, havendo uma forma inicial de registro informatizado das marcações. O mesmo chamava-se Sistema Estadual de Marcação de Alta Complexidade (SEMAC) e era utilizado para controle de cotas apenas de prestadores de serviços privados de forma a contabilizar procedimentos para prestação de contas. Para prestadores públicos não havia controle por este sistema, e os usuários procuravam o serviço diretamente, na busca de um agendamento.

Posteriormente, o processo de marcação foi progressivamente modificado, substituindo-se o atendimento direto ao usuário nos estabelecimentos especializados pela marcação por intermédio de planilhas enviadas pelas unidades prestadoras diretamente ao serviço de regulação, evitando assim a concentração dos usuários nos serviços de marcação.

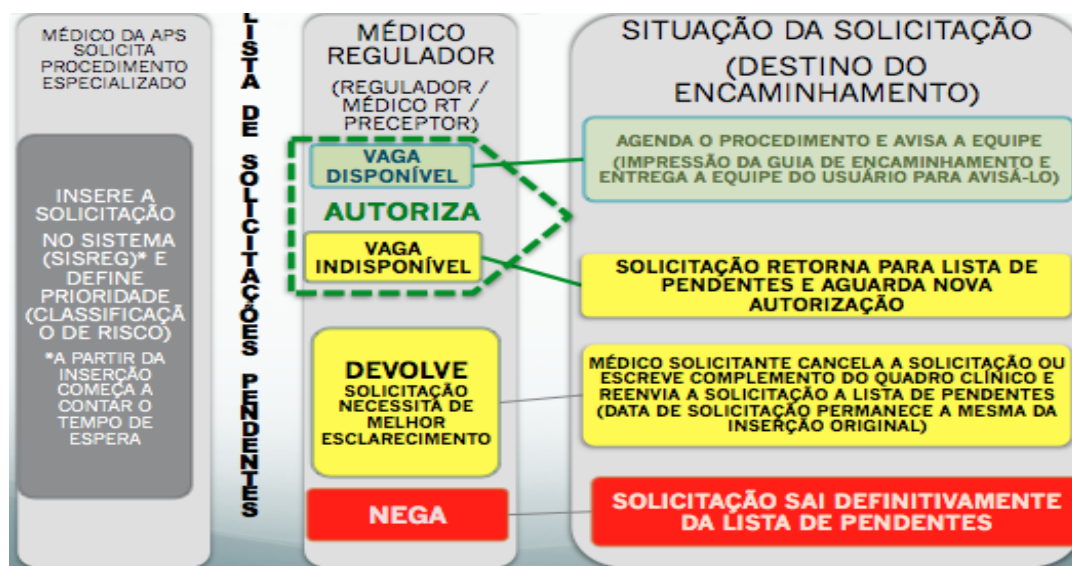
Em 2004, foi implantada a primeira versão do sistema desenvolvido pelo DATASUS SISREG na cidade do Rio de Janeiro, também restrito aos prestadores privados. Não estava disponível pela internet, funcionando por meio de rede local com geração de relatório de agendamentos. A partir de 2006 ocorreu a mudança do sistema para SISREG II, o qual funcionava via WEB e continha vagas de todos os prestadores privados e alguns prestadores públicos.

Desde setembro de 2009 está sendo utilizado o SISREG III, que foi desenvolvido e é operado pelo DATASUS de Brasília, bem como lá se encontram os servidores, necessitando apenas de um “link” para acesso. Trata-se de um sistema público, desenvolvido pelo DATASUS e cedido às prefeituras. Este sistema pretende agrupar todas as vagas e solicitações de consultas e procedimentos especializados para o município do Rio de Janeiro e cidades do interior para as quais o município do Rio de Janeiro é referência.

O sistema consiste na inserção das solicitações de procedimentos pelos médicos assistentes dos pacientes e posteriormente essas solicitações são avaliadas por médicos reguladores que devem julgar a real necessidade de encaminhamento, bem como determinam qual serviço seria mais adequado para o paciente, agendando as consultas. As solicitações são listadas por unidade solicitante, podendo ser ordenadas por data de solicitação, gravidade do quadro ou ordem alfabética do nome dos pacientes. Podem também ser agrupadas por especialidade solicitada.

Há três possibilidades de resolução para tais pedidos (figura 1): o médico regulador autoriza e agenda o paciente; pode devolver, quando desejar obter mais detalhes do caso; ou ainda pode negar, quando julgar o encaminhamento não pertinente. Caso a autorização ocorra num momento em que não haja vagas disponíveis para a especialidade, a solicitação retorna para a lista de pendentes e deverá ser novamente regulada³.

Figura 1- Diagrama do fluxo de regulação assistencial via SISREG



Até o ano de 2009, a organização do sistema público no município era pobremente embasada na APS. Havendo cobertura da Estratégia Saúde da Família de aproximadamente 7%. A partir desse ano, foi investido numa mudança de modelo assistencial para a APS, por meio do estímulo à Estratégia Saúde da Família, chegando ao final do ano de 2012 a uma cobertura de ESF de cerca de 40% (Areiem et al., 2013).

Um estudo realizado em 2008 por Machado e colaboradores caracterizou o Programa Saúde da Família (PSF) em municípios do estado do Rio de Janeiro com mais de 100 mil habitantes. O estudo demonstrou que o perfil de melhor implantação do programa se encontrava no interior do estado e em municípios em que o programa foi implantado há mais de seis anos. Os piores resultados foram identificados na região metropolitana devido às dificuldades de estruturação da Atenção Básica de maneira geral.

Um entrave importante que havia para o adequado funcionamento dos fluxos para

³Até agosto de 2013 havia a possibilidade da solicitação ser encaminhada para uma “Fila de espera” e ser agendada automaticamente pelo sistema, saindo da lista de solicitações pendentes.

acesso à atenção especializada era que até julho de 2012 atuavam na Central de Regulação do município apenas dez médicos reguladores para avaliar todas as solicitações. De acordo com a portaria nº 1.792, um município do porte do Rio de Janeiro (mais de seis milhões de habitantes) deveria: contar com uma central de regulação de porte V, regular pelo menos 30% da oferta das primeiras consultas especializadas e 50% da oferta de procedimentos ambulatoriais de alta complexidades, funcionar em todos os dias úteis, por pelo menos oito horas diárias, ter abrangência regional, possuir e utilizar protocolos clínicos para regulação do acesso e utilizar sistema informatizado de suporte ao processo regulatório, com funcionalidade de fila de espera eletrônica que viabilize a gestão de fila (Brasil, 2002).

Para dar conta da regulação, seguindo os parâmetros desta Portaria, uma Central de Regulação de Porte V deveria contar com oito médicos reguladores 20 horas, além de 21 médicos reguladores plantonistas 12 horas semanais; que, caso trabalhassem ininterruptamente, teriam 412 horas de trabalho semanais para regular as solicitações de procedimentos ambulatoriais no município; sem considerar que pode haver lentidão do sistema (frequente), ou que o acesso à internet esteja prejudicado ou eventuais interrupções previstas ou não na jornada de trabalho dos profissionais reguladores, como repousos, feriados ou afastamentos.

Na cidade do Rio de Janeiro, o volume de solicitações que necessitam ser reguladas a cada dia é enorme. Uma consulta ao SISREG em fevereiro de 2014 mostrou que mais de 2.800 solicitações são inseridas no sistema por dia. Em condições ideais de funcionamento de uma Central de Regulação de porte V na cidade do Rio de Janeiro, como proposto na Portaria, para que todas as solicitações inseridas no SISREG a cada semana fossem avaliadas, restariam apenas 2 minutos para análise, regulação e agendamento de cada pedido. Em realidade, com o plantel de reguladores na Central até julho de 2012, menor do que o proposto pela portaria ministerial, o tempo disponível para regulação de cada pedido era ainda mais insuficiente.

Na tentativa de melhorar esse cenário, a partir de agosto de 2012, foram criadas senhas de regulador para todos os médicos responsáveis técnicos (RT) das unidades de atenção primária, bem como para todos os médicos preceptores de residência médica em medicina de família e comunidade. Estes profissionais passaram a regular as solicitações de atenção especializada dos médicos de suas UBSs. Desta forma, ocorreu aumento substancial do

número de reguladores: no começo de 2014 cerca de 570 médicos exerciam essa função. Cada Responsável Técnico e preceptor regulam as solicitações da sua própria unidade de saúde.

Apesar de todo o esforço da esfera municipal de reunir as vagas do nível secundário de toda a rede pública de atenção à saúde implantada no município, ainda existem diversos serviços públicos, principalmente federais, que não disponibilizam as vagas no sistema. Ou ainda, boa parte dos prestadores cede apenas uma pequena parcela de suas vagas para o SISREG, constituindo fluxos paralelos de atendimento. Criam uma demanda própria, seja através do acolhimento direto dos usuários que formam filas na porta do serviço, ou ainda agendando os pacientes por meio das vagas de retorno, as quais podem ser restritas para agendamento pelo serviço.

4. METODOLOGIA

Os efeitos do evento chave, que foi a inserção de profissionais da APS na regulação assistencial, foram analisados a partir de dados administrativos do SISREG em seus diversos parâmetros, principalmente nos tempos médio de espera, porcentagem de regulações aprovadas, negadas, canceladas e devolvidas, além de avaliar os tempos de espera ao longo do período de acordo com a classificação de risco, para procedimentos ambulatoriais selecionados tomados como marcadores.

Trata-se de uma análise comparativa entre dois períodos, antes e depois da intervenção, ou seja, da descentralização na regulação, de alguns aspectos iminentemente quantitativos da regulação assistencial ambulatorial do município do Rio de Janeiro.

O período em questão é de janeiro de 2011 a dezembro de 2013. Esse intervalo foi selecionado devido à descentralização da regulação assistencial ambulatorial ter ocorrido em julho de 2012, definindo-se, portanto, dois períodos de 18 meses, um anterior e outro posterior ao evento chave, para permitir uma comparação dos parâmetros do SISREG.

O presente estudo analisa as transformações em alguns aspectos da regulação assistencial ambulatorial através de indicadores que estimem as mudanças no que diz respeito ao acesso à atenção especializada e à qualidade do próprio processo de regulação.

4.1 Seleção dos procedimentos

Quatro procedimentos clínicos, dentre os procedimentos disponíveis para solicitação via SISREG, foram selecionados para essa análise, sendo estes: Consulta em Oftalmologia Geral, Consulta em Cirurgia Geral – Geral, Consulta de Obstetrícia –Alto Risco Geral e Mamografia Bilateral para Rastreamento,

A consulta em Oftalmologia Geral foi selecionada por ser frequentemente solicitada pelos médicos assistentes por conta de características técnicas específicas de seus procedimentos. Apresenta número relativamente constante, porém insuficiente de vagas ofertadas no SISREG, com consequente acúmulo de solicitações, correspondendo provavelmente a um dos maiores “gargalos” na oferta do sistema de regulação atualmente no município com longas filas de espera. Evidencia uma fragilidade da assistência integral na

cidade, uma vez que a maior parte dos médicos assistentes da APS não dispõe de equipamentos para realizar avaliação oftalmológica, além de haver iniciativas incipientes e módicas para realização desses procedimentos na rede básica.

No dia 09/02/2014, havia mais de 25.000 solicitações pendentes para esta especialidade no SISREG, perfazendo um quarto de todas as solicitações que aguardam agendamento. Há pacientes aguardando por esta consulta há quase um ano. Sendo assim, a consulta em Oftalmologia é um procedimento de enorme importância para a regulação no município.

Consulta em Cirurgia Geral foi selecionada devido ser de indicação relativamente simples pelos médicos generalistas, e de haver fila de espera, apesar de haver ingresso constante de vagas no sistema. Outra característica que motivou a opção por este procedimento é o fato da maior parte dos encaminhamentos ser para solução de condições que não podem ser resolvidas na APS, como cirurgias para colelitíases ou hérnias. Consulta realizada em 09/02/2014, revelou que 5% (aproximadamente 6.500) das solicitações pendentes era para Cirurgia Geral- Geral, a mais antiga datando de 14/02/2013.

Por sua vez, consulta de Obstetrícia – Alto Risco Geral foi selecionada para esta avaliação devido à grande relevância clínica do acesso ágil a esta especialidade para a boa assistência pré-natal e esta linha de cuidado estar bem estabelecida no município, com capacitações constantes da rede de atenção primária quanto as suas indicações. Além disso, também há oferta permanente de vagas, permitindo avaliar o tempo com que a regulação é realizada. Em consulta à fila de autorizações do SISREG no município do Rio de Janeiro no dia 09/02/2014, constavam apenas 9 solicitações pendentes para Consulta em Obstetrícia- Alto Risco Geral, sendo a mais antiga de 06/02/2014 (3 dias). Isso evidencia quão eficaz tem sido o fluxo para esta especialidade, com aparente sensibilização dos reguladores quanto à importância de agilizar este encaminhamento. Este bom resultado pode ser fruto da proximidade dos médicos assistentes com os reguladores, na própria unidade.

A mamografia de rastreamento foi eleita devido à importância desta no diagnóstico precoce da neoplasia de mama, a solicitação deste exame estar prevista de forma rotineira para todas as mulheres acima dos 50 anos de acordo com protocolos do Ministério da Saúde (Brasil, 2013). Este procedimento tem vagas disponíveis de forma constante para agendamento assim que autorizados pelo regulador. Portanto, possibilita avaliar a agilidade com que a regulação tem se dado; considerando que o solicitante não tem acesso ao

agendamento das vagas mesmo que estas estejam disponíveis, cabendo ao regulador a prerrogativa de acessar as agendas. Exemplificando esta constatação: no dia 09/02/2014, em um universo de mais de 126.000 solicitações pendentes de agendamento na cidade (a mais antiga aguardando há mais de 1 ano), haviam apenas 373 solicitações de mamografia de rastreamento aguardando, sendo que a mais antiga datava de menos de 20 dias.

Devido às mudanças de nomenclatura dos procedimentos ao longo destes três anos, fez-se necessário identificar procedimentos sob o mesmo código ao longo dos anos. O quadro 1 a seguir compila todas as denominações dos quatro procedimentos analisados, bem como o número de agendamentos para cada uma das denominações. Os dados que foram selecionados para o presente estudo encontram-se destacados em negrito. Os procedimentos que apresentaram agendamento com pouca repercussão no número total de marcações foram desconsiderados na soma total com o intuito de agilizar o andamento do estudo, uma vez que sua inclusão multiplicaria o minucioso trabalho de contabilização.

Consulta para cirurgia geral foi o único procedimento que manteve apenas uma denominação nesse tempo. Oftalmologia geral apresentou duas denominações distintas semelhantes nos três anos - oftalmologia geral e oftalmologia geral (II)- ambas relevantes para a análise a ser realizada. Mamografia bilateral para rastreamento apresentou duas denominações apenas no ano de 2012 - Mamografia bilateral para rastreamento e Mamografia bilateral para rastreamento (rotina) - havendo número significativo de agendamento para as duas denominações.

Consulta em obstetrícia - alto risco geral foi o procedimento que mais apresentou denominações distintas sob o mesmo código. Em 2011 contabilizadas apenas as marcações para consulta em obstetrícia, sendo que a soma das demais tem baixa relevância numérica. Já em 2012, foram selecionados consulta em obstetrícia e consulta em obstetrícia- alto risco geral; enquanto em 2013 ocorreu a unificação dos termos para Consulta em obstetrícia - alto risco geral, havendo protocolos da SUBPAV indicando para quais serviços as gestantes deveriam ser encaminhadas de acordo com sua co-morbidade (SUBPAV, 2013).

Quadro 1 - Lista de procedimentos do SISREG para contabilização de agendamento e tempos de espera no município do Rio de Janeiro, 2011-2013

Ano	Consulta em oftalmologia geral	Nº de procedimentos no ano
2011	Consulta em oftalmologia geral	19788
	Consulta em oftalmologia (II)	2620
2012	Consulta em oftalmologia - geral	29136
	Consulta em oftalmologia (II)	9439
2013	Consulta em oftalmologia - geral	38962
	Consulta em oftalmologia (II)	3537
	Mamografia bilateral para rastreamento	
2011	Mamografia bilateral para rastreamento	61557
2012	Mamografia bilateral para rastreamento	25501
	Mamografia bilateral para rastreamento (rotina)	44922
2013	Mamografia bilateral para rastreamento (rotina)	50816
	Consulta em obstetrícia - alto risco geral	
2011	Consulta em obstetrícia	13447
	Consulta em obstetrícia - alto risco diabetes	10
	Consulta em obstetrícia - alto risco geral	275
	Consulta em obstetrícia - gestação múltipla	1
	Consulta em obstetrícia - pré natal baixo risco	5
2012	Consulta em obstetrícia	6125
	Consulta em obstetrícia - adolescente 17-18 anos	3
	Consulta em obstetrícia - adolescente ate 16 anos	19
	Consulta em obstetrícia - alto risco diabetes	70
	Consulta em obstetrícia - alto risco geral	13106
	Consulta em obstetrícia – gestação múltipla	83
	Consulta em obstetrícia - hipertensão crônica	17
	Consulta em obstetrícia - infectologia	29
	Consulta em obstetrícia – pré- natal baixo risco	4552
	Consulta em obstetrícia - revisão	111
2013	Consulta em obstetrícia - alto risco geral	23882
	Cirurgia geral- geral	
2011	Consulta em cirurgia geral - geral	22337
2012	Consulta em cirurgia geral - geral	27500
2013	Consulta em cirurgia geral - geral	25124

*Fonte: SISREG, acessado em 04/07/2014

4.2 Levantamento dos dados do SISREG

Os dados da presente pesquisa foram gerados a partir de uma plataforma de Business Intelligence (BI), banco de dados de acesso restrito do DATASUS. O BI consiste em uma combinação de diversas tecnologias e programas aplicativos combinados no intuito de extrair, armazenar, analisar e transformar grandes volumes de dados, gerando um ambiente de conhecimento (Tronto et al, 2003). Neste ambiente do DATASUS, é possível acessar os

múltiplos estoques de dados do Datasus, produzidos pelos diversos sistemas informatizados que devido a suas lógicas próprias, acarretavam dificuldades de consolidação da informação.

Neste ambiente digital BI foram acessados dados do SISREG do município do Rio de Janeiro. O acesso aos dados foi possibilitado pela Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde e pela coordenação da regulação assistencial ambulatorial da SMS.

Para cada relatório foram selecionados parâmetros, métricas e filtro para execução. Para o presente estudo foram filtradas, por meio da data de solicitação, os dados das solicitações de cada procedimento selecionado no SISREG para cada ano do presente estudo, gerando três relatórios: 2011, 2012 e 2013.

Desta forma foi criado relatório de solicitações com os seguintes parâmetros: “código de solicitação”, “procedimento solicitado”, “classificação de risco”, “data da solicitação”, “status da solicitação. A métrica selecionada foi “ dias entre a solicitação e a marcação”, que corresponde ao cálculo automático pelo sistema do tempo de espera para cada procedimento especializado selecionado.

Em seguida, este relatório foi exibido através de “filtro de exibição”, que é uma das propriedades do BI, utilizando como parâmetro o “procedimento solicitado”, de modo a manter no relatório apenas os quatro procedimentos que seriam analisados no presente estudo: consulta em oftalmologia geral-geral, consulta em cirurgia geral- geral, consulta em obstetrícia- alto risco geral e mamografia bilateral- rastreamento.

Para validar este relatório, foram selecionados aleatoriamente 20 solicitações de diferentes procedimentos e classificações de risco e conferidas todas informações a partir da solicitação contida no site do SISREG para cada uma destas solicitações e todas encontravam-se corretas.

Estas planilhas do BI foram exportadas e salvas no Excel. Neste programa, foram filtradas apenas as solicitações aprovadas e a data de solicitação foi desmembrada em outras duas colunas de mês e ano.

Finalmente, foram criados três bancos de dados no SPSS, um para cada ano, nos quais os dados foram analisados. Cada banco do SPSS continha inicialmente as seguintes variáveis:

código de solicitação, procedimento solicitado, status (todos aprovados), data da solicitação, mês da solicitação e dias entre a solicitação e a marcação⁴.

4.3 Análise dos dados

A análise dos tempos de espera antes e depois da mudança permite verificar se o aumento do número de reguladores teve efeito positivo no acesso aos procedimentos especializados. Neste estudo, consideramos tempo de espera a diferença de tempo, em dias, entre a data da inserção da solicitação no sistema (data da solicitação) e a data agendada para o paciente realizar o procedimento/consulta (data da execução).

Para estimar o aspecto da qualidade da regulação, foram analisadas as evoluções das porcentagens de solicitações aprovadas, canceladas, negadas e devolvidas pelos reguladores. Buscou-se examinar o quanto está havendo avaliação real com julgamento dos encaminhamentos. Supõe-se que poucas solicitações negadas/devolvidas é um indicativo de ausência ou insuficiência de análise das solicitações pelos reguladores.

Outro critério para analisar a qualidade da regulação foi a comparação entre os tempos de espera de acordo com cada classificação de risco (vermelho, amarelo, verde e azul) no intuito de verificar se foi respeitado este critério de gravidade pelos reguladores através de tempos de espera menores para as classificações de maior risco.

O acesso aos dados foi realizado mediante prévia autorização dos departamentos competentes e a coleta dos dados foi iniciada após aprovação do presente projeto no Comitê de Ética em Pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz e recebeu o parecer número 699.685 sendo também autorizado por representante formal de SMS do Município do Rio de Janeiro/RJ.

Na realização da pesquisa foram contempladas todas as exigências da resolução 466/96 do CNS no que concerne à ética em pesquisa que envolve seres humanos. As

⁴ Para melhor conhecimento do processo de regulação e dos dados disponíveis, foram feitas visitas exploratórias à Central de Regulação Ambulatorial da SMS do Rio de Janeiro. Contamos com o auxílio inestimável do coordenador Bruno Braga para obter tais informações.

informações utilizadas no presente estudo foram obtidas por meio de análise de dados administrativos secundários do site do *dw.saude.gov.br*, do Datasus- Brasília, sem coleta direta de dados com indivíduos. Na análise dos dados os sujeitos não foram identificados e as informações pessoais mantidas em sigilo. Nas planilhas geradas, a coluna com o nome dos usuários foi excluída antes do cálculo dos indicadores previstos.

5. RESULTADOS: Evolução da oferta de vagas, status das solicitações e tempos de espera para os procedimentos selecionados entre 2011 e 2013

Segue a apresentação dos resultados do presente estudo, com os achados referentes à disponibilidade de vagas, tempos médios de espera, frequência dos intervalos dos tempos de espera e os tempos de espera de acordo com a classificação de risco.

Para verificar os efeitos da descentralização da APS na qualidade da regulação e nos tempos de espera foi analisada a evolução da oferta de vagas, status das solicitações e tempo de espera para os procedimentos selecionados no município do Rio de Janeiro- RJ, entre 2011 e 2013.

De modo a apresentar diversos aspectos da regulação ambulatorial do município do Rio de Janeiro entre os anos de 2011 e 2013, foram analisados dados referentes aos quatro procedimentos selecionados, os quais serão apresentados na sequência: consulta em oftalmologia geral- geral, consulta em cirurgia geral- geral, consulta em obstetrícia- alto risco geral e mamografia bilateral- rastreamento.

Foram apreciados os seguintes dados: a evolução da oferta de vagas para os quatro procedimentos, evolução do status das solicitações (aprovadas, devolvidas, negadas e canceladas) e evolução dos tempos de espera. Para analisar a qualidade da regulação foi também examinada a evolução do tempo de espera conforme o risco. Apenas para o procedimento de mamografia bilateral- rastreamento também foi avaliado o absenteísmo em relação ao número de procedimentos confirmados no sistema, por ser este o procedimento com informação mais confiável para este indicador.

5.1 Evolução da oferta de vagas

O presente estudo objetiva analisar de que modo a inserção de reguladores da APS modificou indicadores, dentre eles o tempo médio de espera. Uma vez que o número de vagas influencia diretamente esta variável, foi descrita a evolução trimestral do número de aprazamentos, de modo a apreciar de forma indireta como a oferta das vagas variou no período. Não há dados disponíveis sobre a oferta de vagas diretamente.

Oferta de vagas para consultas de oftalmologia – geral

Analisada a evolução trimestral do número de agendamentos de oftalmologia entre os anos de 2011 e 2013, observa-se incremento importante da oferta de vagas deste procedimento, com aumento de 121,2% do número de aprazamentos no período, passando de

22.549 agendamentos em 2011, 33.060 em 2012, para 49.888 em 2013, mostrando um acréscimo de aproximadamente 10.000 e 15.000 vagas ao ano, respectivamente.

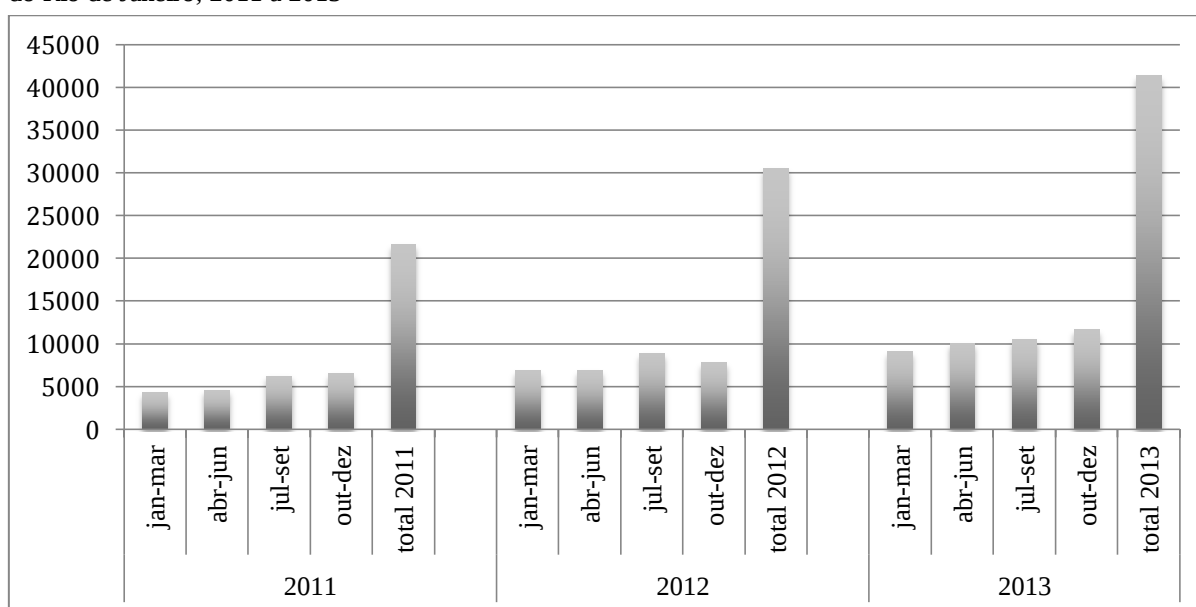
A variação percentual a cada trimestre comparando a evolução de 2011 a 2013 foi de aumento de 3,4% entre os meses de janeiro e março, um acréscimo de 48,9% entre abril e junho, e 453,8% e 715,5% nos terceiros e quartos trimestres, respectivamente. É necessário frisar que na segunda metade de 2011 houve uma queda muito importante dos agendamentos, conforme será demonstrado no capítulo sobre o status, sendo esse o motivo do aumento parecer ser tão extremo. Na tabela 1 e gráfico 1, nota-se claramente o aumento gradual e sustentado da oferta de vagas, culminando com a quase duplicação dos agendamentos entre 2011 e 2013.

Tabela 1- Evolução trimestral do número de agendamentos via SISREG para oftalmologia geral, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013

Ano	Nº de agendamentos				Total ano
	Jan-Mar	Abr-Jun	Jul-Set	Out-Dez	
2011	10591	7845	2400	1713	22549
2012	7508	7454	9857	8241	33060
2013	10947	11682	13290	13969	49888
Variação 2011-2013	356	3837	10890	12256	27339
Variação % 2011-2013	3,4%	48,9%	453,8%	715,5%	121,2%

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Gráfico 1 - Evolução trimestral do número de agendamentos via SISREG para oftalmologia geral, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

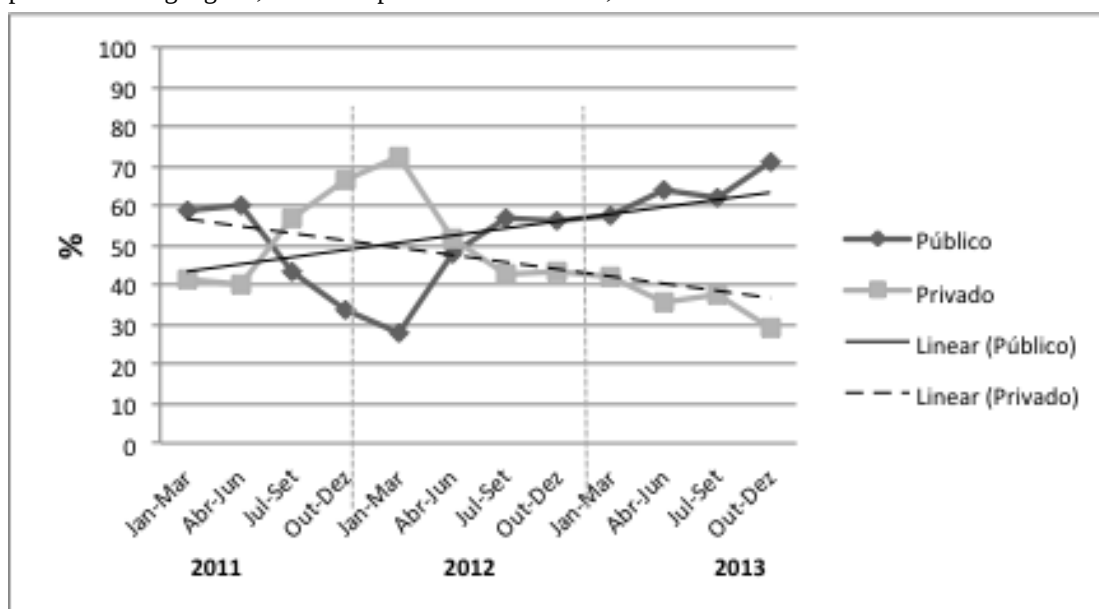
Para o procedimento consulta em oftalmologia geral- geral foram analisados os agendamentos quanto à natureza do prestador, e estabelecida a proporção de procedimentos ofertados por prestadores públicos e privados. No decorrer do período observa-se oscilações e aumento dos prestadores públicos em 2013 para o procedimento em análise.

No ano de 2011, percebe-se um aumento importante do número de vagas, secundário a maior oferta deste procedimento por prestadores particulares, os quais aumentaram sua oferta em 250% de janeiro a dezembro de 2011. Enquanto isso, houve uma discreta, porém constante redução do número de vagas por prestadores públicos neste mesmo ano. Ao final, o setor privado foi responsável por 53% do total de vagas agendadas no ano de 2011.

No primeiro trimestre do ano de 2012, nota-se a menor participação pública no período estudado, com 28% das vagas agendadas, seguida de um decréscimo discreto das vagas privadas e um aumento considerável da oferta pública até atingir 56% das marcações no último trimestre de 2012. Ao final no ano de 2012, 48% do total das vagas agendadas de oftalmologia eram públicas.

Já no ano de 2013, ocorre uma manutenção na oferta de vagas privadas, porém com um incremento importante da oferta das vagas de prestadores públicos, culminando no último trimestre com a maior proporção de vagas públicas ofertadas, 71%. Nesse ano, do total de 41.374 agendamentos, 64% era de estabelecimentos estatais.

Gráfico 2 - Comparação do número de agendamentos, considerando tipo de prestador, por trimestre via SISREG para oftalmologia geral, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Oferta de vagas para consulta em cirurgia geral

Para consulta em cirurgia geral, a variação na oferta de vagas no período foi menor. Ao analisarmos a evolução trimestral do número de apazamentos entre 2011 e 2013, observa-se discreta variação da oferta de vagas, com aumento de 6% do número de marcações no período, passando de 24.716 em 2011 para 26.298 em 2013 (Tabela 2), com acréscimo de um pouco mais de 1.500 vagas no período.

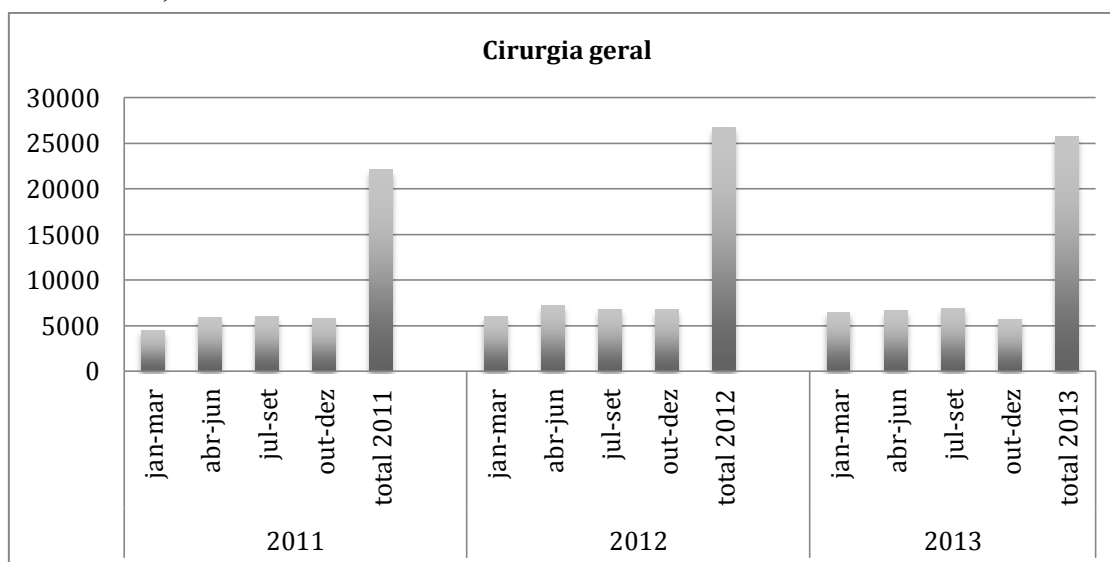
Comparando a evolução de 2011 a 2013 por trimestre, observa-se variação percentual a cada trimestre: aumento de 6,4% no primeiro trimestre e 10,5% no segundo trimestre, 1,5% entre o terceiro trimestre, e 8,2% no último trimestre (Gráfico 3).

Tabela 2 - Evolução trimestral do número de agendamentos via SISREG para cirurgia geral, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013

Ano	Nº de agendamentos				
	Jan-Mar	Abr-Jun	Jul-Set	Out-Dez	Total ano
2011	5544	5978	7237	5957	24716
2012	6947	7728	6134	6140	26949
2013	5898	6608	7343	6449	26298
Variação 2011-2013	354	630	106	498	1582
Variação % 2011-2013	6,4%	10,5%	1,5%	8,2%	6,0%

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Gráfico 3 - Evolução trimestral do número de agendamentos via SISREG para cirurgia geral, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

A oferta de procedimentos de cirurgia geral é predominantemente pública, consequentemente o gráfico que explicita a relação de prestadores públicos e privados foi

omitido para este procedimento, uma vez que não houve participação significativa de prestadores privados de cirurgia geral nesse período. Restringiu-se à oferta de 1.000 vagas do hospital escola de uma universidade privada no segundo trimestre de 2012, correspondendo a 15% das vagas naquele período. Em 2011 e 2013 100% das vagas foram públicas.

Oferta de vagas para consultas de Obstetrícia – Alto Risco Geral

Para obstetrícia-alto risco geral também foi observado expressivo aumento do número de agendamentos no período. No ano de 2011, as marcações para obstetrícia-alto risco geral totalizaram 13.811 agendamentos, divididas em partes praticamente iguais entre os trimestres. Em 2012, ao número de agendamentos foram acrescidas mais de 4.000 marcações, concentradas principalmente no último semestre. Esse aumento foi superado durante a primeira metade de 2013, seguida de uma redução no final deste ano, somando 29.533 agendamentos no total em 2013, correspondendo a um aumento de 113,8%.

Semelhante ao ocorrido em consulta em oftalmologia, a variação percentual para os agendamentos de obstetrícia- alto risco a cada trimestre foi maior no começo do ano e apresentou um aumento mais discreto no final. A evolução de 2011 a 2013 foi de aumento de 86,1% de janeiro a março, um acréscimo de 156,1% de abril a junho, e 47,1% e 27,4% nos terceiros e quartos trimestres, respectivamente (Tabela 3 e gráfico 4). Na tabela a seguir, observa-se um período de franco aumento dos agendamentos entre julho de 2012 e junho de 2013, que ao final levou à duplicação do número de marcações comparando 2011 e 2013.

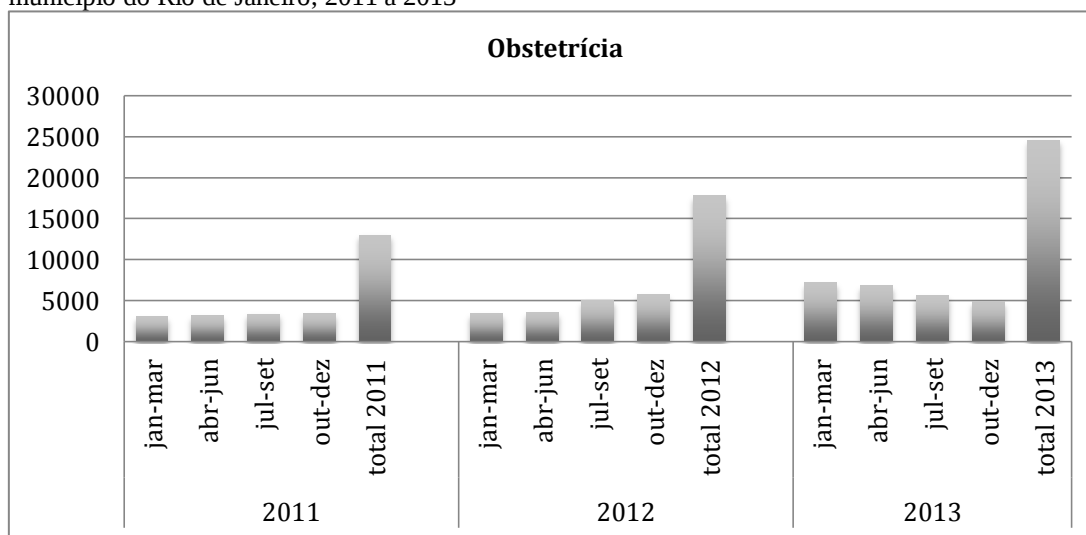
O aumento de 113% dos agendamentos entre 2011 e 2013, decorrente do acréscimo de 15.722 agendamentos, deu-se principalmente no primeiro semestre de 2013, com aumento mais discreto na segunda metade do ano. Faz-se importante este apontamento uma vez que o tempo de espera é diretamente influenciado pela oferta de vagas.

Tabela 3 - Evolução trimestral do número de agendamentos via SISREG para obstetrícia- alto risco geral, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013

Ano	Nº de agendamentos				
	Jan-Mar	Abr-Jun	Jul-Set	Out-Dez	Total ano
2011	3653	2596	3965	3597	13881
2012	3326	3596	5541	6585	19048
2013	6798	6649	5832	4584	29533
Variação 2011-2013	3145	4053	1867	987	15722
Variação % 2011-2013	86,1%	156,1%	47,1%	27,4%	113,8%

Fonte: SISREG RJ, disponível em <http://www.sisregiii.saude.gov.br>, acesso em 27/06/2014

Gráfico 4 - Evolução trimestral do número de agendamentos via SISREG para obstetrícia- alto risco geral, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013



Fonte: SISREG RJ, disponível em <http://www.sisregiii.saude.gov.br>, acesso em 27/06/2014

Consulta em obstetrícia-alto risco geral, assim como consulta em cirurgia geral-geral, não contou com a contribuição de prestadores privados. Entre janeiro de 2011 e dezembro de 2013, 100% das vagas para este procedimento eram prestadores públicos, sendo por este motivo omitido o gráfico com tal comparação.

Oferta de vagas para Mamografia – Rastreamento

Os apazamentos para mamografia-rastreamento seguem uma evolução muito distinta dos demais procedimentos. Ocorreu uma discreta redução do número de agendamentos em 2012, em relação a 2011 e queda substantiva em todos os trimestres de 2013. Saindo de um total de 64.497 apazamentos em 2011 a 63.876 em 2012, chegando a 50.800 marcações para mamografia em 2013, perfazendo uma redução de 21,2% ao longo do período todo.

Nota-se claramente no gráfico 5 e tabela 4 que o ano de 2013 caracterizou-se por ter apresentado o menor número de agendamentos para mamografia-rastreamento em todos os trimestres, quando comparado aos dois anos anteriores. No primeiro trimestre de 2013 observa-se o menor número de marcações do período analisado, totalizando somente 6.432 mamografias- rastreamento marcadas pelo SISREG-RJ.

Em 2011, percebemos um discreto aumento ao longo dos trimestres, com manutenção do número de marcações ao final deste ano. Em 2012, os apazamentos para mamografia mantêm-se em valor estável no primeiro trimestre com 17.687 marcações, apresenta redução importante entre abril e junho, indo a 12.047 mamografias- rastreamento pelo SISREG-RJ, a isso, segue um pico de 28.026 agendamentos – maior número de marcações de mamografia

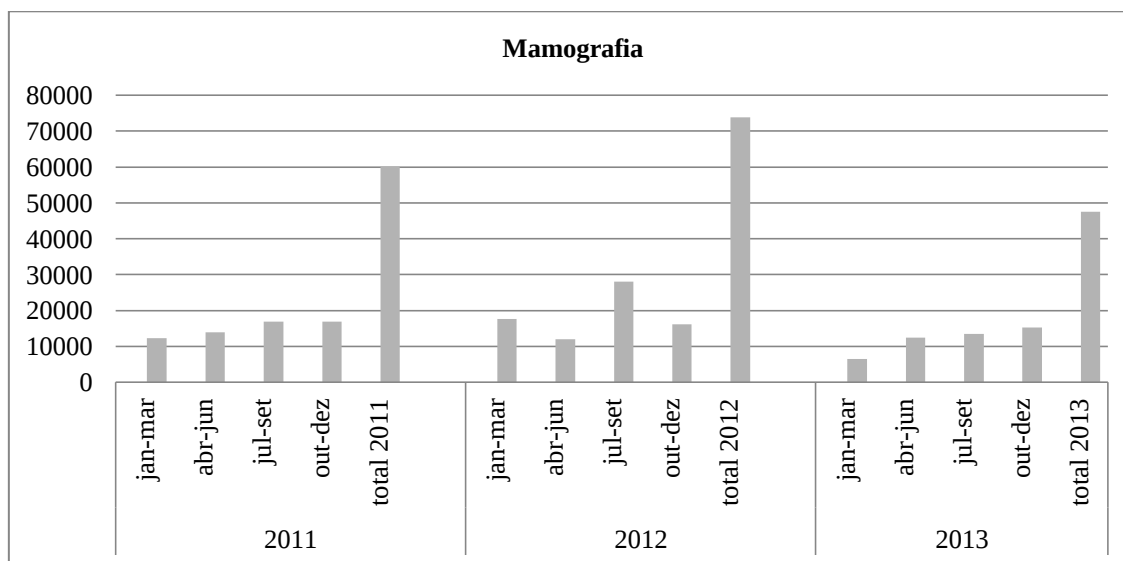
por trimestre no período analisado- retornando a um número mais próximo do habitual no último trimestre de 2012, sendo registradas 16.085 agendamentos.

Tabela 4 - Evolução trimestral do número de agendamentos via SISREG para mamografia rastreamento, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013

Ano	Nº de agendamentos				
	Jan-Mar	Abr-Jun	Jul-Set	Out-Dez	Total ano
2011	12203	13893	16959	16886	59941
2012	17687	12047	28026	16085	73845
2013	6432	12393	13430	15211	47466
Variação 2011-2013	-5771	-1500	-3529	-1675	-12475
Variação % 2011-2013	-47,3%	-10,8%	-20,8%	-10%	-20,8%

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014.

Gráfico 5 - Evolução trimestral do número de agendamentos via SISREG para mamografia rastreamento, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Uma vez que houve número menor de agendamentos de 2013 para mamografia bilateral- rastreamento, foi necessário verificar o absenteísmo das vagas agendadas ao longo do tempo. Ao analisar-se essa evolução ao longo de 2011, 2012 e 2013, nota-se que apesar no número de agendamentos ter reduzido, de 64.497 em 2011, para 51.197 em 2013, as solicitações que foram confirmadas pelo prestador privado aumentaram de 12.681 em 2011 para 25.395 em 2013. Como há predomínio de prestadores privados na realização deste procedimento, é possível verificar o absenteísmo, uma vez que o dado de comparecimento deve ser informado pelo prestador privado para que tenha seu pagamento efetuado. Para os prestadores públicos isto não ocorre e este campo raramente é preenchido.

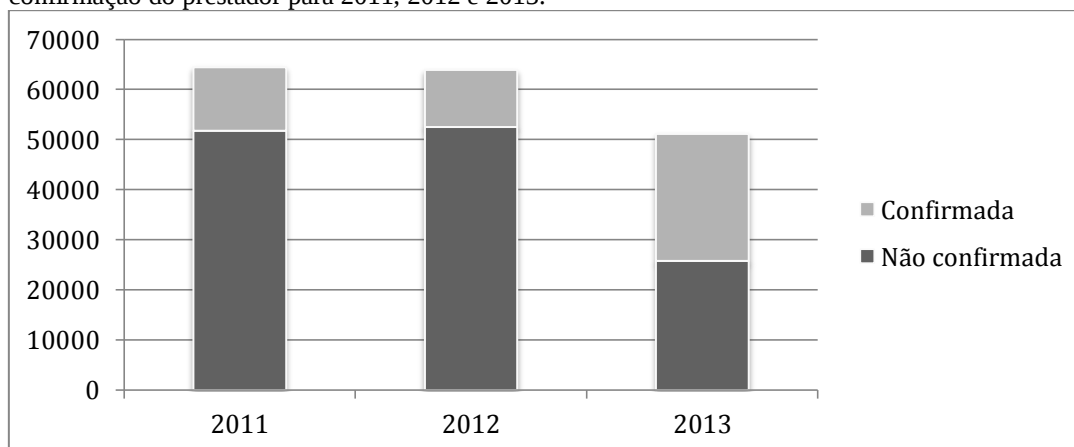
Deste modo, pode-se afirmar que o número de agendamentos foi reduzido devido a queda absenteísmo, ou seja, houve menor necessidade de novas remarcações. Nota-se na tabela 5 e gráfico 6, que apesar da queda dos agendamentos, dobrou o número de procedimentos confirmados, ou seja, não houve redução do acesso das mulheres a este exame de rotina, devido provavelmente à melhor eficiência da regulação e maior proximidade do complexo regulatório dos usuários.

Tabela 5 - Absenteísmo das solicitações de Mamografia bilateral- rastreamento via SISREG, segundo a confirmação do prestador para 2011, 2012 e 2013

Ano	Situação					
	Não confirmadas		Confirmadas		Total	
	n	%	n	%	n	%
2011	51816	80,3	12681	19,7	64497	100
2012	52522	82,2	11375	17,8	63897	100
2013	25802	50,4	25395	49,6	51.197	100

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Gráfico 6 - Absenteísmo das solicitações de Mamografia bilateral- rastreamento via SISREG, segundo a confirmação do prestador para 2011, 2012 e 2013.



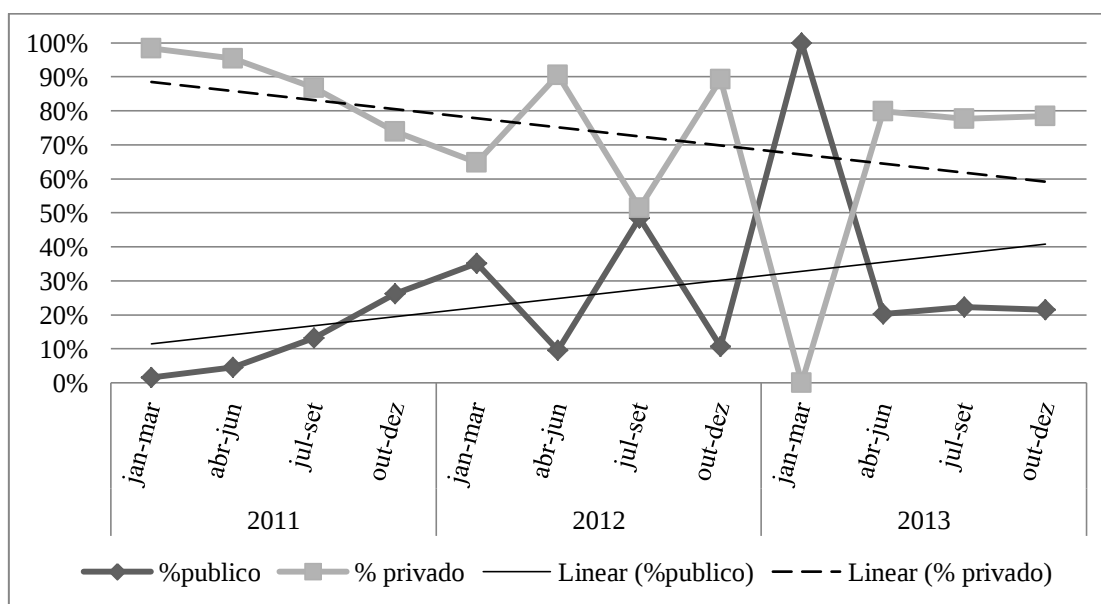
Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Além da diferença na evolução do número de marcações em relação aos demais procedimentos analisados, mamografia-rastreamento também difere pela proporção de vagas ofertadas por prestadores particulares. Em todos os trimestres (exceto no primeiro trimestre de 2013), os serviços privados foram responsáveis pela maior parte da oferta de vagas. No primeiro semestre de 2011 quase não houve participação do serviço público.

No terceiro trimestre de 2012 nota-se equilíbrio do número de agendamentos entre prestadores estatais e privados, sendo o trimestre com mais marcações. Já no primeiro trimestre de 2013, 100% da oferta foi de prestadores próprios do SUS, justamente o trimestre com menor número de agendamentos.

No ano de 2013, 70% destes procedimentos foram realizados por prestadores privados. Importante salientar que este predomínio de serviços privados é restrito a mamografia- rastreamento, uma vez que em mamografia- diagnóstico (serviço que não está sendo analisado no presente estudo) predominam os prestadores públicos especializados de referência os quais elaboram laudos mais detalhados.

Gráfico 7- Comparação do número de agendamentos, considerando tipo de prestador, por trimestre via SISREG para mamografia rastreamento, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

5.2 Evolução do status das solicitações

Para avaliar os efeitos da inserção de profissionais da APS na qualidade da regulação assistencial, foi analisada a variação do status, isto é, a situação da solicitação, através da porcentagem de regulações aprovadas, negadas, devolvidas e canceladas.

Pressupõe-se que um maior número de solicitações rejeitadas (negadas e devolvidas) seriam consequência de uma melhor avaliação da relevância e da conformidade do encaminhamento aos protocolos, pelo profissional regulador.

Evolução dos status das solicitações para consulta em oftalmologia geral – geral

Observa-se uma diferença no status das solicitações para consulta de oftalmologia geral-geral antes e depois da descentralização da regulação para os profissionais de atenção

básica. De uma situação de elevada proporção de cancelamentos em 2011, seguida de uma reordenação em 2012 e regularização em 2013. A proporção de solicitações devolvidas e negadas, ínfima em 2011 (inferior a 1%), apresentou aumento em 2012, com estabilização em torno de 15% em 2013.

Em 2011, no primeiro trimestre a porcentagem de solicitações aprovadas foi próximo a 90%, enquanto, conseqüentemente, a soma dos aprovados, devolvidos e negados foi inferior a 10%. Em abril de 2011 começou a ocorrer uma redução do número de aprovados, secundária ao aumento de cancelamentos, observa-se inversão das porcentagens, o número de cancelamentos torna-se superior a 80% durante todo o segundo semestre de 2011⁵.

O ano de 2012 foi de grandes mudanças, inviabilizando uma análise mais pormenorizada. O ano de 2013 caracterizou-se por variações mais discretas, seguindo uma mesma tendência ao longo de todo o ano. As aprovações apresentaram aumento constante, indo de 60% em janeiro a 80% em dezembro. As solicitações negadas seguiram tendência de queda, saindo paulatinamente de 11,8% no começo do ano, chegando a 3,4% em dezembro. Os devolvidos mantiveram-se em torno de 20% por quase todo o ano, com uma queda para cerca de 10% no último trimestre. Finalmente, o porcentagem de solicitações canceladas variou muito pouco ao longo de 2013, mantendo-se entre 7% e 5%.

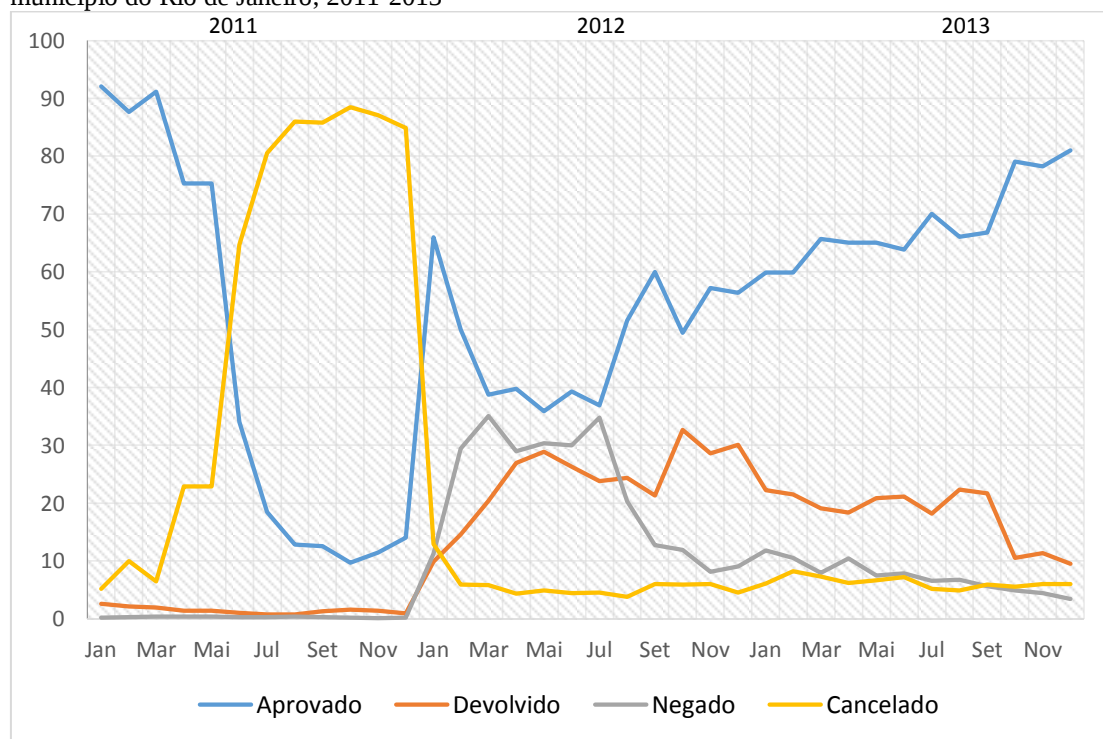
Tabela 6 - Evolução trimestral do status das solicitações para consulta de oftalmologia- geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013

Ano	Aprovados		Devolvidos		Negados		Cancelados		Total	
2011	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Jan-Mar	10560	90,3	257	2,2	32	0,3	869	7,2	11718	100
Abr-Jun	8202	61,6	175	1,3	48	0,4	5365	36,8	13790	100
Jul-Set	2397	14,6	147	0,9	52	0,3	13628	84,1	16224	100
Out-Dez	1708	11,7	193	1,3	21	0,1	12761	86,8	14683	100
2012										
Jan-Mar	7565	51,6	2304	15,0	3878	25,2	1211	8,2	14958	100
Abr-Jun	7442	38,3	5332	27,4	5808	29,8	888	4,5	19470	100
Jul-Set	10763	49,5	5039	23,2	4916	22,6	1041	4,8	21759	100
Out-Dez	8152	54,3	4675	30,5	1523	9,7	845	5,5	15195	100
2013										
Jan-Mar	10933	61,8	3706	20,9	1794	10,1	1262	7,2	17695	100
Abr-Jun	11674	64,6	3636	20,1	1548	8,6	1205	6,7	18063	100
Jul-Set	13311	67,6	4084	20,7	1244	6,3	1049	5,3	19688	100
Out-Dez	13610	79,5	1801	10,5	733	4,2	998	5,8	17142	100

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

⁵ Supõe-se que foi ordenado por determinação administrativa o cancelamento de solicitações com longa espera de modo a reduzir a fila de espera. Esta pode ter sido uma tentativa de reorganização do sistema de regulação.

Gráfico 8 - Evolução mensal do status das solicitações para consulta de oftalmologia- geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Evolução dos status das solicitações para consulta em cirurgia geral-geral

A variação do status das solicitações de consulta em cirurgia geral- geral foi bem mais discreta em comparação à oftalmologia. Em 2011, a porcentagem de solicitações aprovadas foi próximo a 90% durante quase todo o ano. Houve discreta queda no último trimestre de 2011, de 85% a 75%. Tal redução se deveu ao aumento de cancelamentos, que se mantiveram entre 4 e 8% durante o ano e apresentaram aumento de 11% a 24% entre outubro e dezembro. Já os devolvidos apresentaram pouca variação, de 1% a 4%, enquanto os negados permaneceram inferiores a 1% o ano todo.

Em 2012, os aprovados se mantiveram entre 78% e 89% no primeiro semestre, com discreta queda em junho e julho, tendo nestes dois meses o menor número de aprovações no ano, 68% e 58% respectivamente. A partir de então, o segundo semestre de 2012 caracterizou-se pelo aumento discreto e constante das solicitações aprovadas, indo de 58% em julho e chegando a dezembro de 2012 com 72% de aprovações. Os cancelados mantiveram-se entre 4% e 8% em 2012, sem grandes variações. As solicitações devolvidas mantiveram-se abaixo de 5% no primeiro trimestre de 2012, acontecendo um aumento para 12,8% em abril, com queda a 8% seguida de aumento para 18% em junho, mantendo-se em torno de 17% até dezembro de 2012. Finalmente, as solicitações negadas eram cerca de 3% entre janeiro e

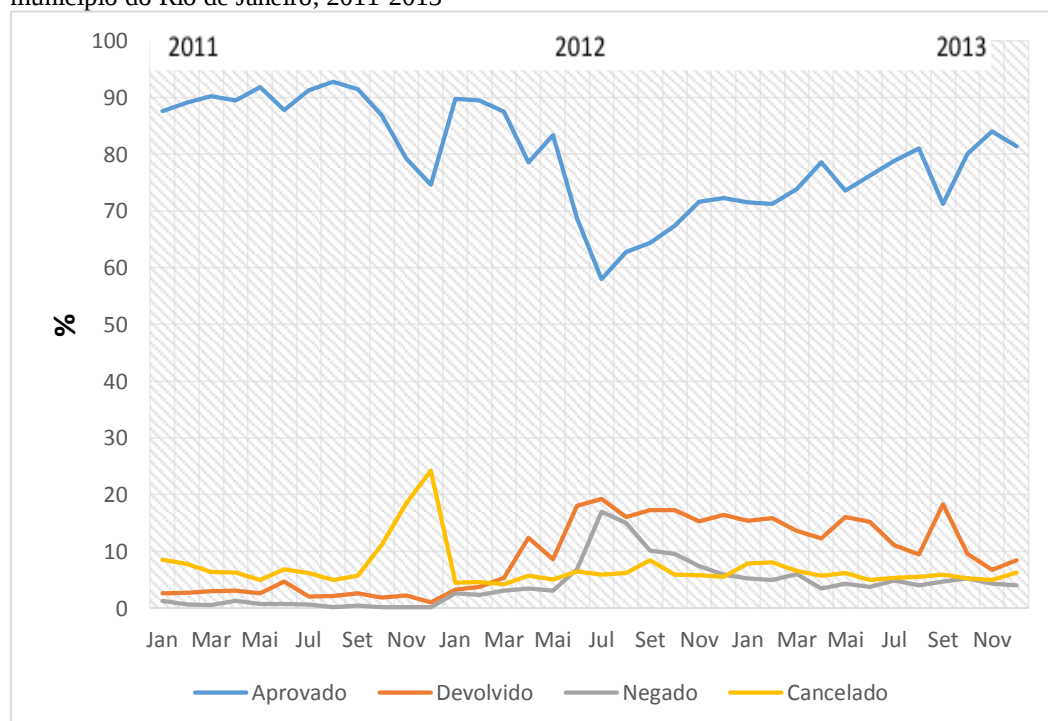
maio, apresentou aumento para 6,8% em junho e culminou com 17% em julho, havendo então queda constante durante todo o segundo semestre, chegando a 6% no último mês de 2012 (Gráfico 9).

O ano de 2013 foi marcado por variações muito discretas em todos os status. Os aprovados mantiveram-se em torno de 70% no primeiro semestre e 80% no segundo semestre. As solicitações negadas variaram entre 3% a 6% durante o ano todo, enquanto as canceladas foram entre 5% e 8% todos os meses de 2013. As solicitações devolvidas foram as que tiveram maior variação neste ano, sendo que no primeiro semestre ficou entre 12% e 16%, enquanto no segundo semestre permaneceram com discretas variações em torno de 10%.

Assim como as solicitações para consulta de oftalmologia geral-geral, ocorreu diferença no status das solicitações para consulta de cirurgia geral-geral antes e depois do evento chave ocorrido em junho de 2012. Em menor proporção também ocorreu uma mudança de uma situação de elevadas autorizações ao longo de 2011, com um pico de cancelamentos no final deste ano, para a proporção de cancelamentos em 2011, seguida de maiores variações em 2012 e regularização em 2013.

A proporção de solicitações devolvidas e negadas, pequena em 2011 (inferior a 5%), apresenta aumentos em 2012, com estabilização em torno de 15% em 2013.

Gráfico 9 - Evolução mensal do status das solicitações para consulta de cirurgia geral-geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Tabela 7 - Evolução trimestral do status das solicitações para consulta de cirurgia geral-geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013

Ano	Aprovados		Devolvidos		Negados		Cancelados		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2011										
Jan-Mar	5533	89,0	169	2,7	46	0,8	457	7,5	6205	100
Abr-Jun	5956	89,7	224	3,4	57	0,9	393	6,0	6630	100
Jul-Set	7210	91,8	174	2,2	29	0,4	435	5,6	7848	100
Out-Dez	5926	80,2	122	1,7	11	0,1	1304	17,9	7363	100
2012										
Jan-Mar	6916	88,9	325	4,1	209	2,6	342	4,4	7792	100
Abr-Jun	7494	76,9	1277	13,0	442	4,4	560	5,7	9773	100
Jul-Set	6084	61,7	1721	17,5	1394	14,0	665	6,8	9864	100
Out-Dez	5982	70,4	1396	16,3	664	7,6	490	5,7	8532	100
2013										
Jan-Mar	5807	72,2	1202	15,0	432	5,4	602	7,5	8043	100
Abr-Jun	6494	76,1	1238	14,5	326	3,8	474	5,6	8532	100
Jul-Set	8913	77,0	1399	12,9	505	4,5	636	5,6	11453	100
Out-Dez	6108	81,8	615	8,2	340	4,5	404	5,5	7467	100

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Evolução dos status das solicitações para consulta em obstetrícia- alto risco geral

Houve pouca variação em todos os status para as solicitações de consulta em obstetrícia- alto risco geral entre 2011 e 2013, as porcentagens variaram discretamente, exceto por alguns picos concentrados em poucos meses.

Em 2011, as solicitações aprovadas de consulta em obstetrícia- alto risco geral mantiveram-se em torno de 5% durante o ano inteiro, exceto pelo mês de agosto, no qual o número de aprovações apresentou queda marcada, atingindo 35,4%. Tal redução deveu-se a um aumento pontual e importante nas solicitações canceladas, as quais representaram 63,7% neste mesmo mês, enquanto no restante dos meses, os cancelamentos representaram entre 3% e 6% do total, enquanto as solicitações negadas seguiram inferiores a 0,5% durante todo 2011. Finalmente as solicitações devolvidas representavam cerca de 0,5% de janeiro a outubro de 2011, com leve aumento em novembro (2,7%) e dezembro (4,5%).

Conforme fora anunciado, 2012 também se caracterizou por poucas variações na evolução das solicitações. As aprovações significaram em torno de 90% do total todos os meses de 2012, exceto por junho e julho, nos quais teve queda a 75,1% e 67,9%, respectivamente. Assim como no ano anterior, essas reduções foram secundárias ao aumento da proporção de solicitações devolvidas, que nesses meses referidos foram de 14,5% e 14,7%,

enquanto nos demais meses não ultrapassaram os 6%. O mês de julho de 2012 também foi diferenciado quanto às solicitações negadas, as quais representaram 12,2% do total este mês, enquanto constituíram menos de 1% na maior parte do ano. As solicitações canceladas se sustentaram em torno de 4% em 2012, com poucas variações discretas em fevereiro (7,7%) e junho (8,6%).

Do período analisado, 2013 foi o ano em que houve menor variação das proporções dos status. Durante o ano inteiro, a porcentagem das aprovações permaneceu em torno de 90%, sem mudança significativa, assim como as solicitações negadas, que pouco variaram em torno de 1%, e as canceladas, que se mantiveram entre 2% e 5% em 2013. O status que sofreu maior variação, apesar de discreta, foram as solicitações devolvidas, que representaram menos de 1% no primeiro e terceiro trimestre, oscilando até 3% no segundo trimestre e até 5,3% no último trimestre.

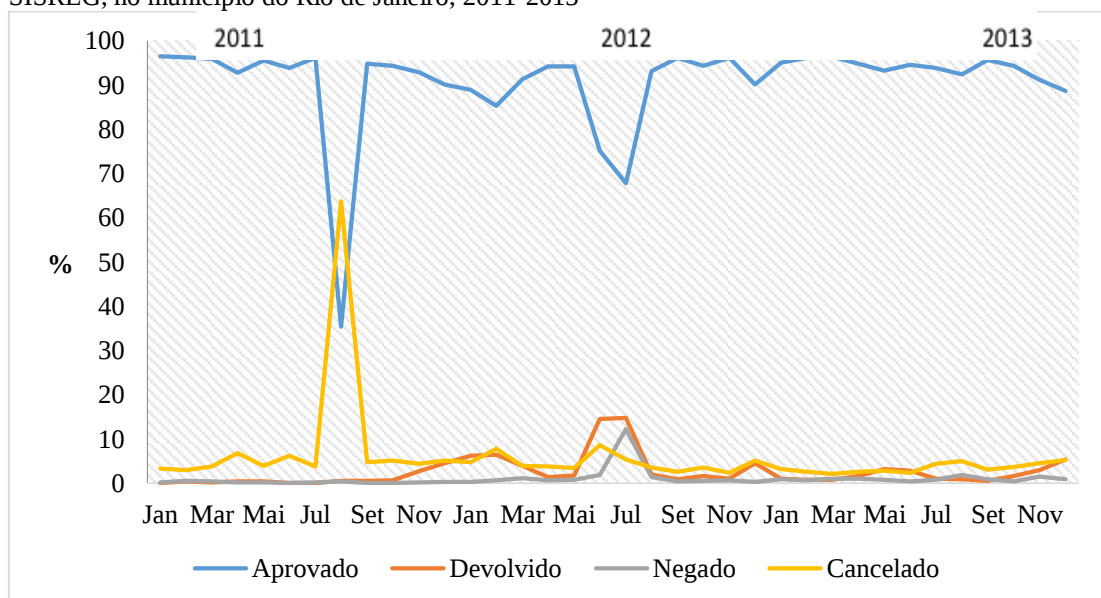
Observa-se assim que as solicitações de consulta em obstetrícia- alto risco geral tiveram poucas variações no período, se concentrado em aumento dos cancelamentos com redução das aprovações em meados de 2011 e 2012, sendo 2013 praticamente sem maiores alterações.

Tabela 8- Evolução trimestral do status das solicitações para consulta em obstetrícia- alto risco geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013

Ano	Aprovados		Devolvidos		Negados		Cancelados	
2011	n	%	n	%	n	%	n	%
Jan-Mar	3617	96,2	6	0,2	12	0,3	124	3,3
Abr-Jun	2579	94,1	9	0,3	3	0,1	147	5,6
Jul-Set	3676	75,5	25	0,3	13	0,1	2327	24,1
Out-Dez	3458	92,4	101	2,6	6	0,2	180	4,8
2012								
Jan-Mar	3268	88,5	201	5,4	24	0,7	197	5,4
Abr-Jun	3521	87,9	198	5,8	39	1,1	194	5,2
Jul-Set	7207	85,7	768	5,8	625	4,7	383	3,8
Out-Dez	5395	93,5	113	2,3	29	0,5	191	3,6
2013								
Jan-Mar	6764	95,9	56	0,8	56	0,8	182	2,6
Abr-Jun	6595	94,2	176	2,5	50	0,7	182	2,6
Jul-Set	5770	94,0	47	0,8	69	1,1	253	4,1
Out-Dez	4356	91,4	149	3,2	41	0,9	209	4,4

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Gráfico 10 - Evolução mensal do status das solicitações para consulta em obstetrícia- alto risco geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014.

Evolução dos status das solicitações para mamografia bilateral- rastreamento

Dos quatro procedimentos selecionados, mamografia- rastreamento foi a que apresentou menor variação ao longo do período estudado. Em 2011, mais de 90% das solicitações foram aprovadas na maioria dos meses, exceto em novembro e dezembro, quando as aprovações corresponderam a 53% e 46% respectivamente. Tal mudança decorreu do aumento do número de cancelamentos, que nesses meses foi de 43% e 53%, sendo que se manteve próximo a 5% nos meses anteriores (Gráfico 11). Devoluções e cancelamentos tiveram pouca expressão numérica.

Em 2012, as variações foram ainda mais modestas. As aprovações variaram entre 70% e 90% e os devolvidos representaram menos de 1% o ano todo, sem grandes oscilações. As solicitações negadas mantiveram entre 0% e 3%, exceto nos meses de fevereiro, março, abril e junho, nos quais nota-se leve alta entre 75 e 10%. O status que apresentou maior variação foi o das solicitações canceladas, estas iniciaram o ano ainda em alta (25%), ainda remanescente do aumento no final de 2011. Entre fevereiro e abril, caiu entre 4% e 7%, apresentando níveis abaixo de 4% até dezembro.

Finalmente, em 2013 as proporções dos status apresentaram a menor oscilação para os procedimentos eleitos no período em análise. As aprovações mantiveram-se acima de 90% o

ano todo, as devoluções foram até 3%, as solicitações negadas variaram entre 1% e 4%, enquanto as canceladas não passaram de 5% em todos os meses de 2013.

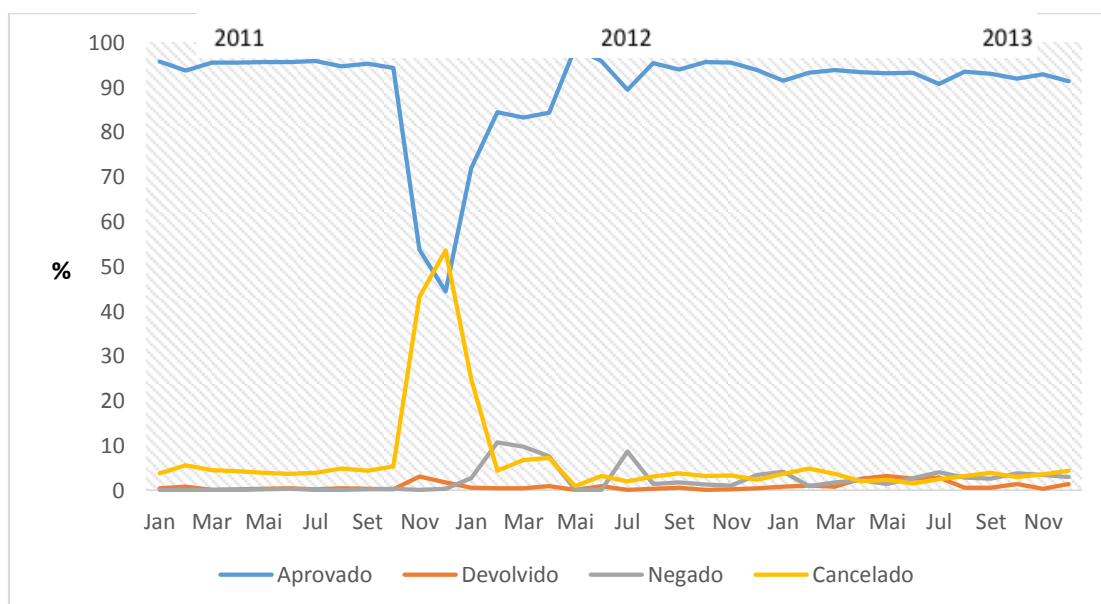
Conclui-se que o procedimento mamografia- rastreamento, teve pouca alteração, exceto pelo grande número de cancelamentos ao final de 2011, e um aumento nas solicitações negadas em meados de 2012, mês do evento a ser analisado.

Tabela 9- Evolução trimestral do status das solicitações para mamografia- rastreamento, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013

Ano	Aprovados		Devolvidos		Negados		Cancelados		Total	
2011	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Jan-Mar	14868	95,0	65	0,4	5	0,0	740	4,6	15678	100
Abr-Jun	16106	95,6	55	0,3	30	0,2	655	3,9	16846	100
Jul-Set	15535	95,3	42	0,3	21	0,1	693	4,3	16291	100
Out-Dez	13313	64,1	327	1,6	48	0,2	6675	34,0	20363	100
2012										
Jan-Mar	14675	79,8	86	0,5	1400	7,7	2252	12,0	18413	100
Abr-Jun	18113	93,0	116	0,6	429	2,6	675	3,8	19333	100
Jul-Set	18419	92,9	58	0,3	812	3,9	578	2,9	19867	100
Out-Dez	14603	94,9	30	0,2	251	1,9	465	2,9	15349	100
2013										
Jan-Mar	8862	92,8	82	0,9	216	2,3	385	4,1	9545	100
Abr-Jun	11945	93,2	354	2,8	278	2,1	244	1,9	12821	100
Jul-Set	14657	92,4	200	1,3	496	3,2	504	3,2	15857	100
Out-Dez	14402	92,0	163	1,0	535	3,4	544	3,6	15644	100

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Gráfico 11 - Evolução mensal do status das solicitações para para mamografia- rastreamento, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Evolução do status das solicitações comparando os procedimentos

De modo a proporcionar uma melhor compreensão da dinâmica retratada na descrição dos achados em relação aos status das solicitações para consulta em oftalmologia geral-geral, consulta em cirurgia geral-geral, consulta em obstetrícia- alto risco geral e mamografia-rastreamento, entre 2011 e 2013, apresenta-se na Figura 1 o desempenho de cada status (situação da solicitação) ao longo do tempo.

Os gráficos da Figura 1 ilustram a avaliação feita pelo regulador, mas também salientam os movimentos da administração central de induzir a redução das listas de espera através de cancelamentos e devoluções de solicitações. Observam-se altas agrupadas dos status de cancelamentos e devoluções para os quatro procedimentos, em determinados momentos, ficando evidente que não se tratam de variações de qualidade na regulação ambulatorial, mas sim uma ação no nível central para minimizar o tempo de espera.

Os gráficos agrupados comparando o status para as especialidades, torna evidente que a redução do número de aprovações no final de 2011 foi decorrente de cancelamentos e que a partir de 2012 houve aumento permanente dos status “negado”, “devolvido” e “cancelado” em todas os procedimentos em questão.

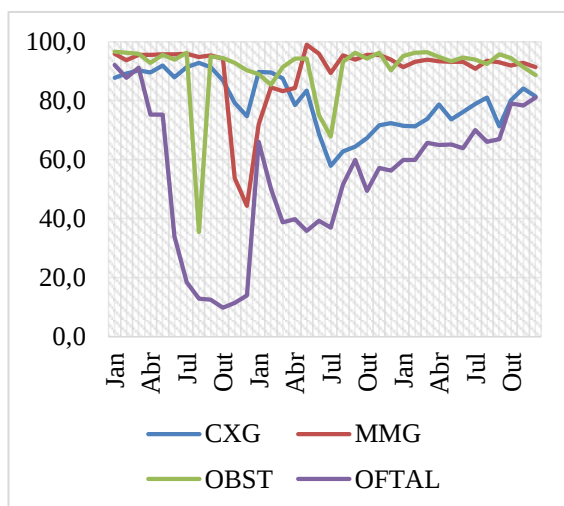
Além desse aumento dos cancelamentos que foi evidente na segunda metade de 2011, observa-se que de modo geral em 2012 e 2013 houve um aumento sustentado de devoluções e negações para todos os procedimentos, demonstrando melhora da qualidade da regulação de modo geral para todas as especialidades tomadas como marcadores no presente estudo.

Aprovadas

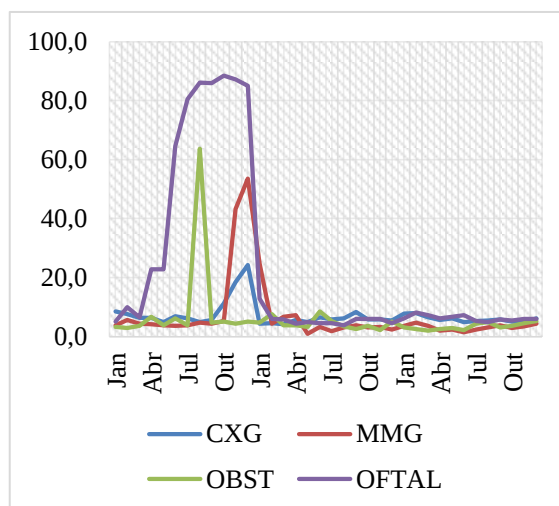
Em 2011, todos os procedimentos analisados experimentaram um episódio de queda. Alguns mais relevantes e prolongados, principalmente consulta em oftalmologia geral-geral, a qual saiu de patamares próximos a 95% para declinar para níveis inferiores a 20% por praticamente todo segundo semestre. Consulta em obstetrícia-alto risco geral e mamografia-rastreamento decaíram de maneira significativa, porém menos duradoura neste mesmo semestre. A especialidade que apresentou menor queda foi consulta em cirurgia geral-geral, que teve oscilação inferior a 10% no final de 2011.

Figura 2 - Evolução trimestral das solicitações de acordo com o status para consulta de oftalmologia- geral, consulta em cirurgia geral-geral, consulta em obstetrícia- alto risco geral e mamografia- rastreamento, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013

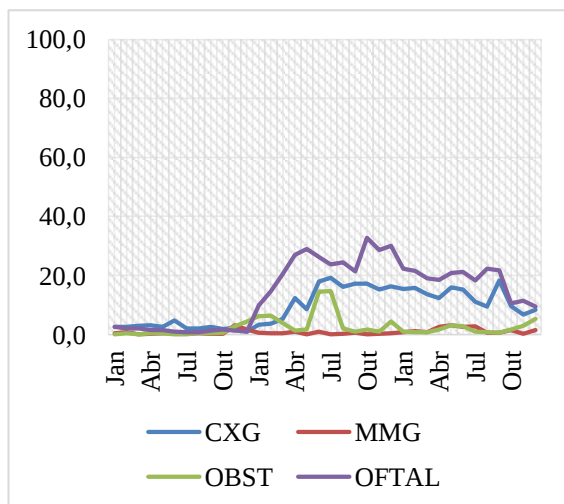
Aprovadas



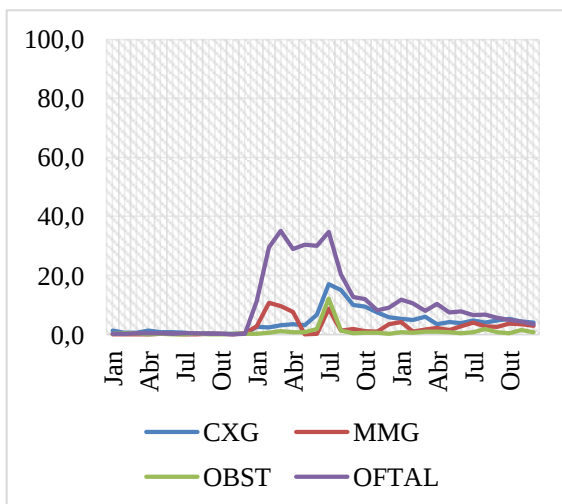
Canceladas



Devolvidas



Negadas



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

A apreciação de 2012 revela que todas as especialidades obtiveram menor flutuação quando comparadas ao ano anterior, apresentando variações menos duradouras e em menor escala, enquanto 2013 caracterizou-se por níveis de aprovação relativamente constantes, conforme pode-se observar na figura 1.

Devolvidas

Ao analisar-se as solicitações devolvidas para os procedimentos selecionados, nota-se que tal categoria praticamente não existia em 2011, sendo que em 2012 começou a ser

empregada, principalmente em oftalmologia, atingindo 30% ao final do primeiro semestre de 2012, com um segundo pico acima dos 30% entre setembro e novembro de 2012, permanecendo em torno de 20% ao longo de 2013, caindo a 10% no último trimestre.

Cirurgia geral teve distribuição semelhante, porém menos acentuada, atingindo o ápice de 20% em junho de 2012 e manteve-se entre 20% e 10% ao em 2013, com discreta redução no final do ano.

Obstetrícia quase não oscilou, mantendo níveis muito baixos, exceto por uma alta em junho de 2012, provavelmente devida a um esforço dos novos reguladores para qualificar as solicitações sem critério de acordo com as novas diretrizes do pré-natal no município, bem como tentar remover da fila de espera solicitações que não se aplicavam mais, por exemplo, datas de solicitação muito antigas que não haviam sido reguladas no tempo médio esperado para a duração da gestação ou ainda gestantes que já absorvidas por serviços não contabilizados no SISREG.

Finalmente, mamografia-rastreamento praticamente não experimentou variações quanto ao número de devoluções, mantendo níveis constantes próximos a 0% durante todo o período, de 2011 a 2013.

Negadas

As solicitações negadas geraram gráficos de conformação semelhante aos obtidos com os cancelamentos. Inexistindo para todos os procedimentos em estudo no ano de 2011. No ano seguinte, apresentaram elevações distintas, com oftalmologia manteve-se em torno de 30% na primeira metade de 2012, atingindo o maior patamar em junho, e em torno de 10% no segundo semestre deste ano. Estabilizou-se neste nível durante todo o primeiro semestre de 2013, com leve queda no final de 2013, girando em torno de 5%.

Em junho de 2012, também ocorreu a maior proporção de solicitações negadas para cirurgia geral, próximo a 20%, bem como o ápice de negações em obstetrícia e mamografia, ambas em torno de 10%, maior número de solicitações negadas em todo o período estudado, sendo que mamografia já havia apresentado um aumento semelhante no começo de 2012.

Finalmente 2013 caracterizou-se pela semelhança com os cancelamentos, ou seja, todas as especialidades experimentaram um período de estabilidade, com pequenas variações ao longo de todo o ano, com tendência a queda.

É possível, deste modo, afirmar que a introdução de médicos da APS na regulação ambulatorial promoveu melhora na qualidade da regulação via SISREG no município do Rio de Janeiro após a descentralização para reguladores da APS em junho de 2012.

5.3 Evolução dos tempos de espera

Com o objetivo de avaliar os efeitos da inserção de profissionais da APS na regulação assistencial, foi analisada a variação dos tempos de espera para os procedimentos solicitados no período de 2011 a 2013. Para tal foi contabilizado o tempo entre a inserção da solicitação no sistema e a data da execução do procedimento agendado pelo regulador.

Foram calculados tempos médios de espera e por intervalos de tempo. Os tempos de espera foram calculados em dias para as solicitações com status “aprovado” no SISREG, pois somente estas são agendadas, logo somente este status fornece uma data de execução. É importante esclarecer que não necessariamente a data da execução é referente a data na qual o procedimento foi realizado de fato, uma vez que alguns prestadores privados indicam um telefone na folha de autorização para o qual o paciente deve ligar para confirmar o agendamento. Neste momento, a data pode ser alterada, todavia essa mudança de data é pouco frequente e a maioria das solicitações dos procedimentos selecionados foi realizada por prestadores públicos, exceto mamografia.

Com vistas a mensurar a evolução do tempo de espera no decorrer do período analisado, foi identificada a frequência de solicitações aprovadas de acordo com o tempo médio esperado entre a solicitação e a execução da consulta/procedimento, divididos nos seguintes intervalos: 0 a 30 dias, 31 a 60 dias, 61 a 90 dias, 91 a 120 dias, 121 a 180 dias e acima de 180 dias.

Foi comparado também o tempo médio de espera de acordo com a classificação de risco, de modo a observar se esse parâmetro foi considerado para priorização no momento da autorização das solicitações. A classificação de risco é indicada pelo solicitante no momento da feitura do pedido e pode ser alterada pelo médico regulador a qualquer tempo, de acordo com a sua avaliação. A classificação de risco no SISREG é escalonada em azul, verde, amarelo e vermelha, em ordem gradativa de deterioração clínica. Espera-se que as solicitações com risco vermelho atribuído (maior gravidade) sejam priorizadas quanto ao agendamentos, obtendo maior agilidade no atendimento. Uma maior celeridade nos agendamentos para risco vermelho sugere melhor qualidade da regulação.

Tempos de espera para consulta em oftalmologia geral- geral

O tempo médio de espera das solicitações de consulta em oftalmologia geral- geral, apresentou diminuição ao longo do período, com tempos médios de 184, 129 e 99 dias em 2011, 2012 e 2013 respectivamente.

Em 2011, a espera se manteve acima de 300 dias no primeiro semestre, enquanto na segunda metade do ano esse tempo foi a menos de 50 dias. Vale ressaltar que o número de solicitações aprovadas apresentou queda importante ao longo do ano: com quase 16.000 agendamentos por trimestre na primeira metade do ano e caindo para menos de 3.000 agendamentos por trimestre na segunda metade, devido ao enorme número de cancelamentos que atingiu 86%, conforme descrito no item status.

Os cancelamentos das solicitações acima de 180 dias ocorrido no segundo semestre de 2011 produziram repercussões nos tempos de espera ao longo de 2012, com maior intensidade no primeiro semestre.

No início de 2012, essa queda do número de agendamentos foi revertida, voltando a girar entre 7.000 e 10.000 autorizações por trimestre. Neste mesmo ano, o tempo médio de espera foi maior no primeiro trimestre, 168 dias; enquanto manteve-se entre 113 e 119 dias nos demais períodos.

O ano de 2013 caracterizou-se por redução do tempo médio de espera para consultas de oftalmologia geral- geral, no primeiro trimestre, seguida de aumento gradual e constante ao longo do ano. Iniciando em 70 dias no primeiro trimestre e atingindo 193 dias no último trimestre.

No Gráfico 12 é notório que os tempos de espera no primeiro semestre de 2011 são os maiores da série histórica analisada, seguidos de uma redução abrupta no segundo semestre (cancelamentos). Seguido de redução estável em 2012 e atingindo os menores tempos de espera na primeira metade de 2013, seguido de discreto aumento sustentado no segundo semestre de 2013.

Tabela 10 - Evolução trimestral do tempo médio de espera para consulta de oftalmologia- geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013

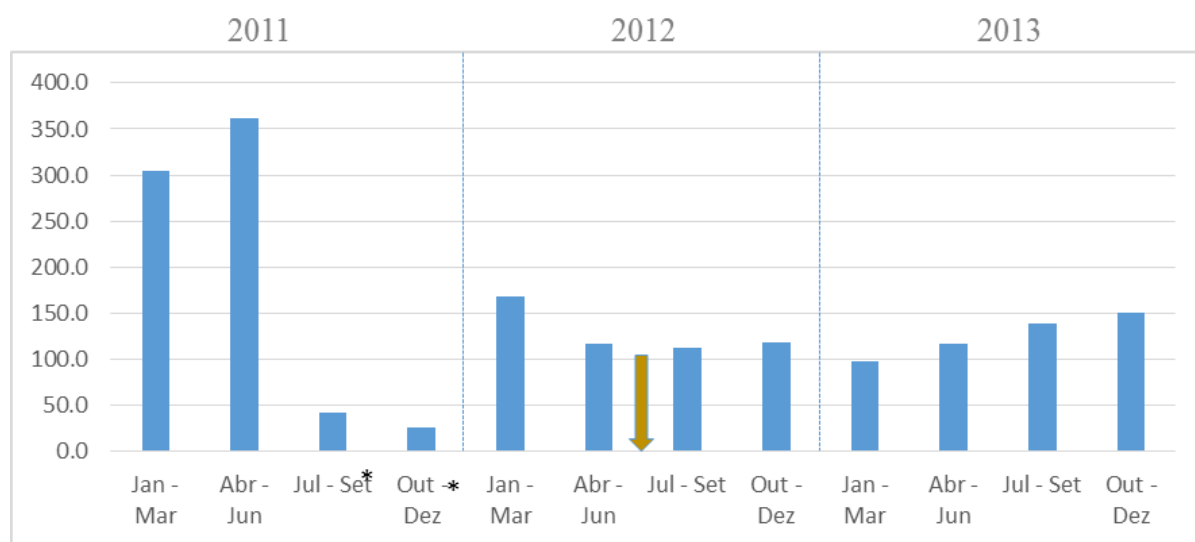
Tempo e número de solicitações	Jan - Mar	Abr - Jun	Jul - Set	Out - Dez	total
Tempo médio de espera (2011)	305	362	43*	27*	184
Número de solicitações	8838	7033	1769	1189	18829
Intervalo (dias)	0 - 477	0 - 681	0 - 595	0 - 362*	0 - 681
Mediana	198	429	24*	20*	
Tempo médio de espera (2012)	168	117	113	119	129
Número de solicitações	7593	7479	10025	8265	33362
Intervalo (dias)	0 - 909	0 - 993	0 - 921	0 - 855	0 - 993
Mediana	236	44	81	87	
Tempo médio de espera (2013)	70	81	97	193	99

Número de solicitações	10953	11688	13296	13975	49912
Intervalo (dias)	0 - 786	0 - 681	0 - 609	0 - 507	0 - 786
Mediana	70	81	97	146	

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

* Período no qual os cancelamentos foram superiores a 80%

Gráfico 12 - Evolução trimestral do tempo médio de espera em dias para consulta de oftalmologia- geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

* Período no qual os cancelamentos foram superiores a 80%

Frequência de intervalos entre a solicitação e a execução para consulta em oftalmologia geral

Ao observar-se a variação dos intervalos de tempos de espera para consulta em oftalmologia geral- geral, nota-se que houve um comportamento distinto antes e após o evento chave, em junho de 2012.

No primeiro semestre de 2011, quase 80% das solicitações tiveram tempo de espera superior a 180 dias, enquanto apenas 12,4% foram agendadas em menos de 30 dias. Seguido de 7,3% que levaram entre 121 a 180 dias de espera. Os demais intervalos somaram porcentagens insignificantes neste período.

O segundo semestre de 2011 não é comparável aos demais no que se refere aos agendamentos de consulta em oftalmologia geral- geral, uma vez que, como já mencionado, neste semestre houve um aumento expressivo dos cancelamentos. Neste período quase 90% das aprovações levaram menos de um mês entre o dia da solicitação e da execução. Ou seja,

foram canceladas as solicitações com maior tempo de espera e se mantiveram as solicitações mais recentes para aprovação⁶.

Tal ação ainda teve um certo reflexo no primeiro semestre de 2012, no qual 40% das solicitações para consulta em oftalmologia geral- geral foram agendadas em até 30 dias, enquanto quase 50% foram agendadas em mais de 180 dias.

A partir de julho de 2012 percebe-se uma distribuição mais uniforme do tempo de espera para cada intervalo, com redução daqueles acima de 180 dias, como se evidencia na tabela 11 e gráfico a seguir. A exceção é o último semestre de 2013, quando a frequência dos agendamentos que levaram acima de 180 dias foi superior a 30%.

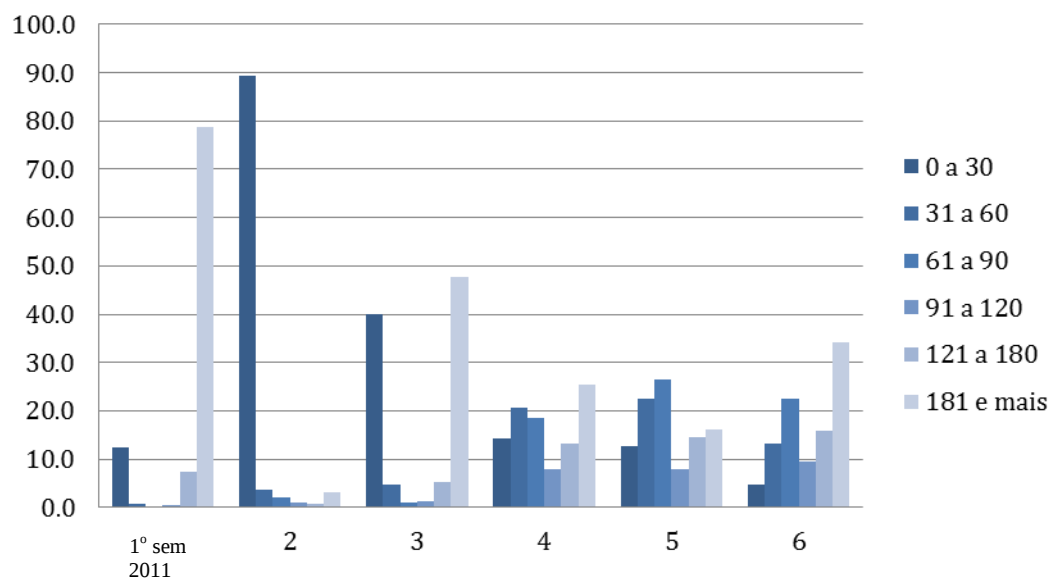
Tabela 11 - Frequência de intervalos de tempos de espera em dias entre a solicitação e a execução de consultas via SISREG em oftalmologia geral, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013

Ano	Intervalo do tempo de espera (dias)												Total	
	0 a 30		31 a 60		61 a 90		91 a 120		121 a 180		acima de 180			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2011														
1º sem	2295	12.4	110	0.6	59	0.3	97	0.5	1350	7.3	14525	78.8	18436	100
2º sem	3679	89,4	150	3,6	87	2,1	37	0,9	35	0,9	125	3	4113	100
2012														
1º sem	5966	39.9	720	4.8	158	1.1	185	1.2	786	5.3	7147	47.8	14962	100
2º sem	2596	14.3	3756	20.8	3339	18.4	1417	7.8	2388	13.2	4602	25.4	18098	100
2013														
1º sem	2842	12.6	5063	22.4	5984	26.4	1777	7.9	3296	14.6	3667	16.2	22629	100
2º sem	1247	4.6	3600	13.2	6119	22.4	2592	9.5	4355	16.0	9346	34.3	27259	100

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

⁶ Um exemplo que demonstra tal afirmativa é que o número de consultas em oftalmologia geral- geral no primeiro semestre de 2011 foi de 18.436 e no segundo semestre foi reduzido a 4.113

Gráfico 13 - Frequência de intervalos de tempo de espera entre a solicitação e a execução de consultas via SISREG em oftalmologia geral, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Tempo médio de espera para consulta em cirurgia geral- geral

A análise do tempo médio de espera das solicitações de consulta em cirurgia geral-geral mostra aumento dos tempos de espera ao longo dos três anos de observação.

Em 2011, as solicitações para este procedimento levou de 44 a 84 dias para serem executadas, havendo um aumento mais concentrado entre os segundo e terceiro trimestres, seguido de posterior redução no final do ano, porém com tempos maiores em relação ao primeiro trimestre.

Em 2012, o tempo médio de espera se manteve próximo da 64 dias em quase todo o tempo, exceto pelo terceiro trimestre que este tempo foi de quase 80 dias, ou seja, foram variações pouco relevantes. O número de aprovações também variou pouco, sendo o maior número atingido no segundo trimestre, conforme explicitado na tabela 11.

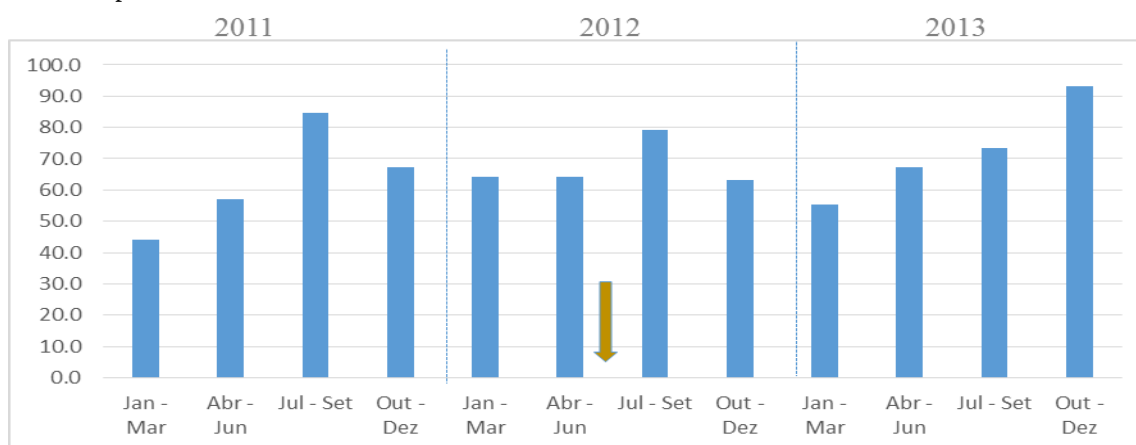
O ano de 2013 iniciou com queda do tempo de espera para consulta em cirurgia geral-geral, no entanto foi seguida de ascensão gradual e constante ao longo dos trimestres, indo de 55 dias no início do ano e com a tendência de alta, chega ao último trimestre aos 93 dias de espera. Sendo assim, 2013 teve uma média de 72 dias de tempo médio de espera, maior tempo médio quando observamos os anos.

Tabela 12 - Evolução trimestral do tempo médio de espera para consulta em cirurgia geral-geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013

Tempo e número de solicitações	Jan - Mar	Abr - Jun	Jul - Set	Out - Dez	total
Tempo médio de espera (2011)	44,1	57,1	84,5	67,4	63,3
Número de solicitações	5544	5978	7237	5958	24717
Intervalo (dias)	0 – 347	0 – 633*	0 – 419	0 – 428	0 – 633
Mediana	38	40	41	52	
Tempo médio de espera (2012)	64,1	64,3	79,3	63,2	67,7
Número de solicitações	6947	7785	6136	6148	27016
Intervalo (dias)	0 – 560	0 – 788	0 – 791	0 – 695	0 – 791
Mediana	64	51	48	52	
Tempo médio de espera (2013)	55,2	67,3	73,5	93,1	72,3
Número de solicitações	5898	6608	7343	6448	26297
Intervalo (dias)	0 – 601	0 – 622	0 – 567	0 – 441	0 – 622
Mediana	50	57	55	66	

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Gráfico 14 - Evolução trimestral do tempo médio de espera para consulta em cirurgia geral-geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Frequência de intervalos entre a solicitação e a execução para consulta em cirurgia geral- geral

Em ambos semestres de 2011, quase 90% das solicitações para consulta em cirurgia geral-geral encontravam-se em até 60 dias, sendo que a taxa de agendamentos acima de 180 dias do primeiro semestre era de 2,5% e foi a 11% no segundo.

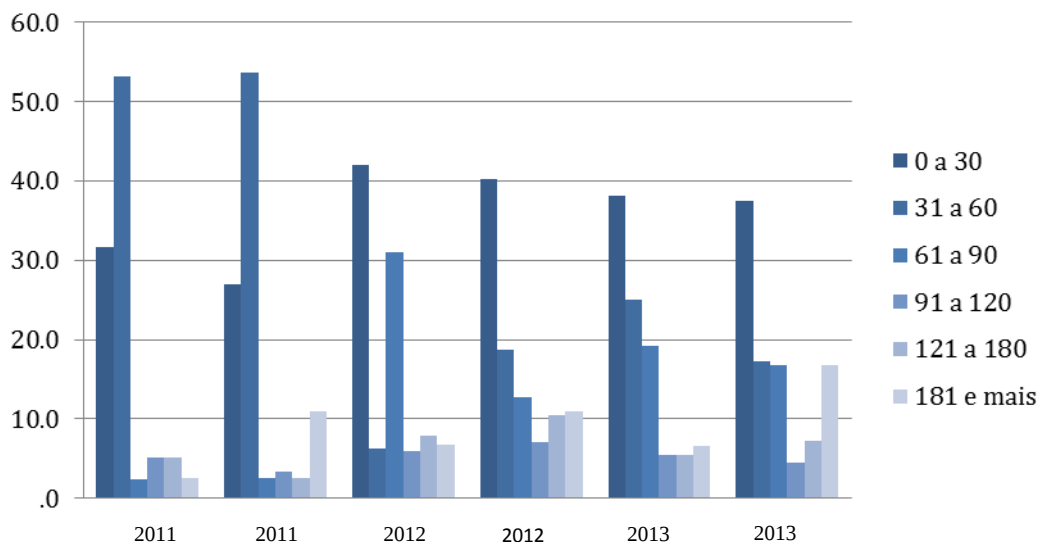
Entre 2012 e 2013 ocorreram variações paulatinas as quais incorreram na redução da fração de solicitações agendadas em até 60 dias: somente 55% das solicitações foram agendadas em até 60 dias, no segundo semestre de 2013.

Tabela 13 - Frequência de intervalos de tempos de espera em dias entre a solicitação e a execução de consulta em cirurgia geral- geral via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013

	Intervalo do tempo de espera (dias)													
	0 a 30		31 a 60		61 a 90		91 a 120		121 a 180		acima de 180		Total	
Ano	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
2011														
1º sem	3640	31.6	6127	53.2	275	2.4	594	5.2	597	5.2	289	2.5	11522	100
2º sem	3543	26.9	7072	53.6	348	2.6	446	3.4	345	2.6	1440	10.9	13194	100
2012														
1º sem	6174	42.1	926	6.3	4555	31.0	887	6.0	1154	7.9	979	6.7	14675	100
2º sem	4933	40.2	2304	18.8	1554	12.7	862	7.0	1284	10.5	1337	10.9	12274	100
2013														
1º sem	4772	38.2	3140	25.1	2400	19.2	681	5.4	680	5.4	833	6.7	12506	100
2º sem	5173	37,5	2377	17,2	2314	16,8	626	4,5	992	7,2	2308	16,7	13792	100

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Gráfico 15- Frequência de intervalos de tempos de espera em dias entre a solicitação e a execução de consulta em cirurgia geral- geral via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Tempo médio de espera para consulta em obstetrícia – alto risco geral

Consulta em obstetrícia- alto risco geral apresentou aumento do número de vagas para o agendamento de todas as solicitações, exceto por um período ao final de 2013 no qual ocorreu uma redução da oferta de vagas.

Os tempos médios de espera para consulta em obstetrícia- alto risco geral apresentaram aumento ao longo do período: passando de 35,8 dias em 2011 para 39 dias em 2013, todavia com redução para as solicitações de risco vermelho, como será visto na próxima seção.

É válido lembrar que na segunda metade de 2013 houve um aumento menos expressivo do número de vagas em relação ao aumento encontrado na comparação entre os primeiros semestres de 2011 e 2013. O número de vagas disponíveis em 2013 foi menor no segundo semestre.

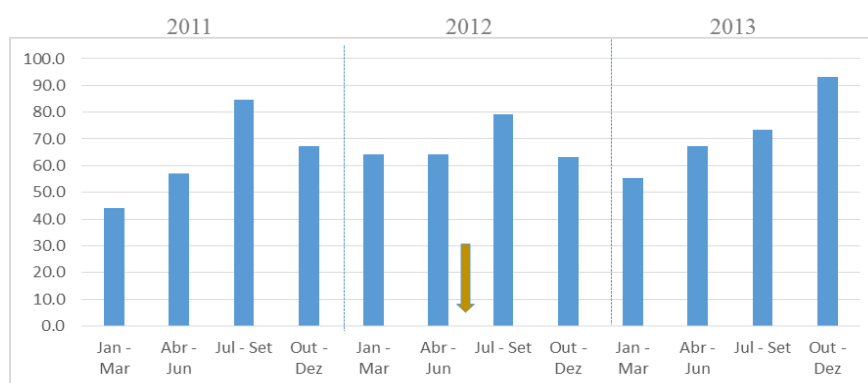
Tabela 14 - Evolução trimestral do tempo médio de espera para consulta em obstetrícia- alto risco geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013

Tempo e número de solicitações*	Jan - Mar	Abr - Jun	Jul - Set	Out - Dez	total
Tempo médio de espera (2011)	33,3	37,8	31,8	40,2	35,8
Número de solicitações	3653	2596	3965	3276	13490
Intervalo (dias)	0 – 115	0 – 324	0 – 92	1 – 187	0 – 342
Mediana	28	27	27	29	
Tempo médio de espera (2012)	44,0	39,0	32,6	35,5	37,8
Número de solicitações	3326	3599	5586	6668	19179
Intervalo (dias)	2 – 187	0 – 144	0 – 134	0 - 146	0 – 187
Mediana	33	39	27	28	
Tempo médio de espera (2013)	34,5	34,6	39,1	47,8	39,0
Número de solicitações	6798	6649	5832	4584	23863
Intervalo (dias)	0 – 89	0 – 96	0 – 185	0 - 105	0 - 185
Mediana	26	23	30	38	

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

* O número de solicitações aprovadas nesta tabela diverge do apresentado na tabela 3 devido tratar-se de diferentes fontes, todavia a magnitude das diferenças não altera os achados.

Gráfico16. Evolução trimestral do tempo médio de espera para consulta em obstetrícia- alto risco geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Frequência de intervalos entre a solicitação e a execução para consulta em obstetrícia - alto risco geral

Para consulta em obstetrícia- alto risco geral, até junho de 2012 os agendamentos mantinham-se em até 60 dias, sendo que no primeiro semestre de 2011 60,2% das consultas

foram executadas em até 30 dias e 39,5% entre 31 e 60 dias. No segundo semestre de 2011 o cenário foi muito parecido, com 41,6% e 56,5% das aprovações nos respectivos intervalos. Semelhante à primeira metade de 2012, na qual entre 0 e 30 dias correspondeu a 41,6% e 31 a 60 dias 56,5% das vagas preenchidas.

A partir do segundo semestre de 2012, o número de atendimentos entre 0 e 30 dias manteve-se como maioria, no entanto passou a ser relevante a porcentagem de encaminhamentos com execução entre 61 e 90 dias. Estes representaram 18,9% na metade final de 2012, 22,5% no primeiro semestre de 2013 e 28,4% no segundo, como se pode observar na tabela 15 e gráfico a seguir.

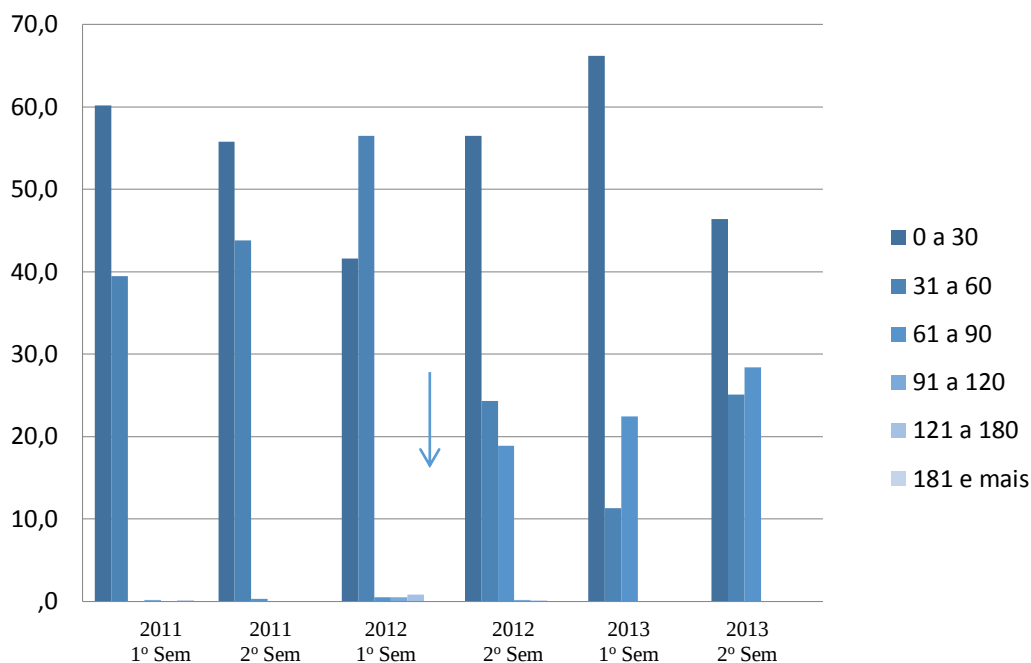
Ao apreciarmos os tempos de espera ao longo dos três anos, notamos que praticamente foram eliminadas o número de solicitações que esperaram acima de 120 dias. Tais solicitações parece que teriam sido “esquecidas” pela regulação, uma vez que não é razoável que um evento que está previsto para durar em média 40 semanas seja atendido acima de 25 semanas. Além disso, a maior parte das solicitações que não foram reguladas a tempo são geralmente canceladas, baseadas na data provável do parto, logo não entram na contabilização que contou apenas com as solicitações aprovadas.

Tabela 15 - Frequência de intervalos de tempos de espera em dias entre a solicitação e a execução de consultas via SISREG em consulta em obstetrícia - alto risco geral, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013

	Intervalo do tempo de espera (dias)													
	0 a 30		31 a 60		61 a 90		91 a 120		121 a 180		acima de 180		Total	
Ano	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2011														
1º sem	3760	60.2	2470	39.5	1	.0	10	0.2	0	0.0	8	0.1	6249	100
2º sem	4220	55.8	3311	43.8	26	.3	1	0.0	1	0.0	3	0.0	7562	100
2012														
1º sem	2883	41.6	3910	56.5	37	.5	34	0.5	56	0.8	2	0.0	6922	100
2º sem	6853	56.5	2945	24.3	2290	18.9	25	0.2	13	0.1	0	0.0	12126	100
2013														
1º sem	8903	66.2	1524	11.3	3019	22.5	1	0.0	0	0.0	0	0.0	13447	100
2º sem	4833	46.4	2617	25.1	2958	28.4	7	0.1	0	0.0	1	0.0	10416	100

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Gráfico 17 – Frequência de intervalos entre a solicitação e a execução de consultas via SISREG consulta em obstetrícia - alto risco geral, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Torna-se imprescindível lembrar que nos anos de 2011 e 2012 era frequente haver formas de acesso de usuários alternativas ao SISREG em diversos prestadores, principalmente públicos estaduais e federais. A partir de meados de 2012 boa parte destas vagas públicas foram inseridas no SISREG, fazendo com que o acesso fosse prioritariamente via encaminhamento pela APS. Anteriormente os pacientes tinham o hábito de procurar o serviço de sua preferência em busca de atendimento para diversas especialidades e muitas vezes era absorvido.

Desta forma, a aparente piora dos tempos de espera para consulta em obstetrícia- alto risco geral bem como para cirurgia geral- geral parece ser decorrente da obrigatoriedade dos usuários serem encaminhados via SISREG a partir de junho de 2012, com um movimento evidente da SMS de mapear as vagas disponíveis e acordar com os prestadores a necessidade de que os mesmos participem do fluxo oficial.

Tempo médio de espera para mamografia bilateral – rastreamento

O tempo médio de espera para mamografia bilateral- rastreamento apresentou comportamento diferente em cada um dos três anos examinados, evidente na análise da tabela 16 e gráfico a seguir com redução do tempo de espera em 2013 para 18 dias, e em 2011 este tempo era de 67,5 dias. Importante salientar que sempre houve sobra de vagas para este procedimento, sendo o tempo de espera atribuído exclusivamente à agilidade da regulação.

Em 2011, houve pouca variação entre os trimestres nos agendamentos para mamografia. O número de solicitações aprovadas que variou entre 14.821 e 18.897 a cada trimestre, totalizando 64.497 no ano. Em relação ao tempo médio de espera, variou entre 59 e 75 dias, com média anual de 67,5 dias.

No ano seguinte, o primeiro trimestre apresentou elevação importante do tempo médio de espera para mamografia, atingindo 118 dias no primeiro trimestre, seguida de queda a menos da metade, de 43 a 56 dias nos trimestres seguintes.

Em 2013, o tempo de espera apresentou expressiva redução ao longo dos trimestres quando comparado aos demais anos do estudo, chegando ao tempo médio mais baixo no segundo trimestre de 2013, no qual o tempo médio foi de 10 dias entre a solicitação e a execução das mamografias de rastreamento. Faz-se importante lembrar que para que o paciente fique ciente do agendamento a equipe de saúde da família deve buscar a informação no SISREG e levar o agendamento até o usuário.

Devido a orientações da SMS, os tempos médios foram posteriormente estendidos para que houvesse tempo hábil para que as pacientes fossem avisadas e se programassem para o exame. Deste modo o tempo médio apresentou elevação, levando de 2 a 3 semanas, encerrando 2013 com uma média de 18 dias.

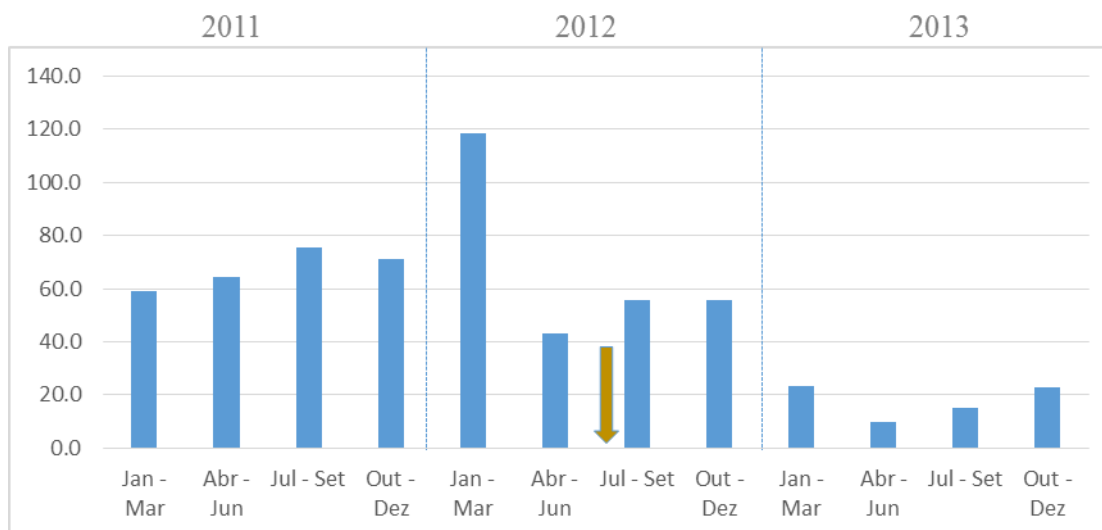
Tabela 16 – Evolução trimestral do tempo médio de espera para mamografia- rastreamento, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013

Tempo e número de solicitações	Jan - Mar	Abr - Jun	Jul - Set	Out - Dez	total
Tempo médio de espera (2011)	59,1	64,3	75,7	70,9	67,5
Número de solicitações	14871	16108	18697	14821	64497
Intervalo (dias)	0 – 394	0 – 325	0 – 172*	0 – 183*	0 – 394
Mediana	72	86	84	70	
Tempo médio de espera (2012)	118,4	43,3	55,8	55,8	68,3
Número de solicitações	14679	18116	16319	14783	63897
Intervalo (dias)	0 – 194	2 – 131	2 – 164	0 - 128	0 – 194
Mediana	128	36	51	50	
Tempo médio de espera (2013)	23,1	9,9	15,3	23,0	17,8
Número de solicitações	8879	11992	14747	15182	50800
Intervalo (dias)	0 – 743	0 – 599	0 – 466	0 – 164	0 – 743
Mediana	24	8	10	18	

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

*Período no qual os cancelamentos foram superiores a 80%.

Gráfico 18– Evolução trimestral do tempo médio de espera para mamografia- rastreamento, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Frequência de intervalos entre a solicitação e a execução para mamografia bilateral- rastreamento

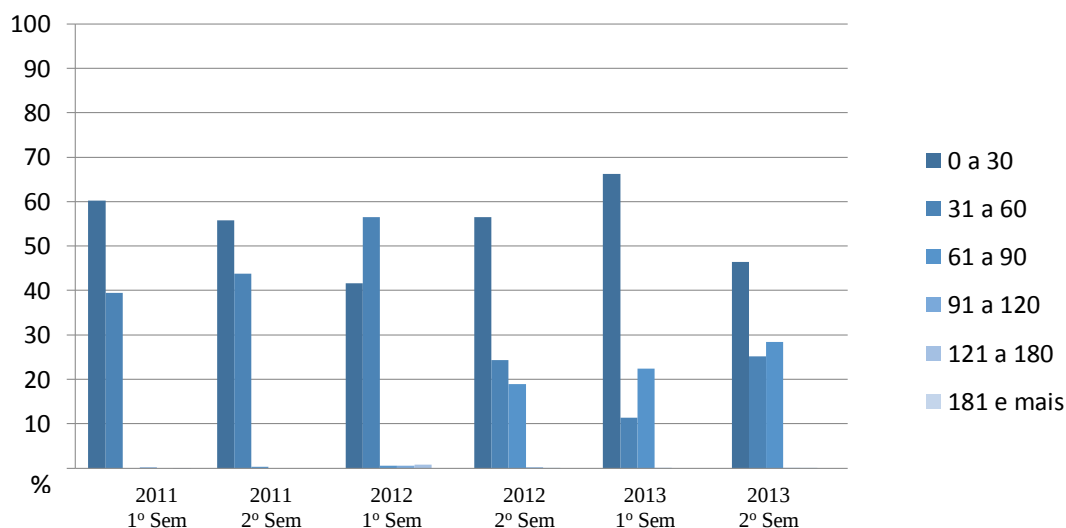
Os intervalos de tempo para agendamentos de mamografia bilateral- rastreamento também apresentaram comportamentos distintos quando comparados os períodos antes e após o evento chave analisado de junho de 2012. No primeiro semestre de 2011 64,8% das marcações encontravam-se entre 61 e 90 dias. No segundo semestre de 2013, 99% das mamografias eram realizadas em até 60 dias.

Tabela 17 -Frequência de intervalos de tempos de espera em dias entre a solicitação e a execução de para mamografia bilateral- rastreamento via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013

	Intervalo do tempo de espera (dias)													
	0 a 30		31 a 60		61 a 90		91 a 120		121 a 180		acima de 180		Total	
Ano	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%
2011														
1º sem	9321	30.1	696	2.2	20073	64.8	801	2.6	13	0.0	75	0.2	30979	100
2º sem	7628	22.8	6231	18.6	12353	36.9	984	2.9	6106	18.2	216	0.6	33518	100
2012														
1º sem	6620	20.2	8607	26.2	4198	12.8	3841	11.7	9420	28.7	105	0.3	32791	100
2º sem	1289	4.1	21933	70.6	5253	16.9	2595	8.3	12	0.0			31082	100
2013														
1º sem	18062	86.5	2689	12.9	102	0.5	9	0.0	3	0.0	6	0.0	20871	100
2º sem	22504	75.2	7098	23.7	294	1.0	17	0.1	9	0.0	7	0.0	29929	100

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Gráfico 19 – Frequência de intervalos entre a solicitação e a execução para mamografia bilateral- rastreamento via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011 a 2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Relembrando novamente que houve queda do absenteísmo dos agendamentos para mamografia bilateral- rastreamento, o que ocasionou a redução do número de marcações. Interessa justificar a escolha do procedimento mamografia bilateral- rastreamento, uma vez que é o único dos quatro que não sofre nenhum tipo de restrição na oferta de vagas além de praticamente não existir fluxo alternativo para sua realização, já que a maior parte é oferecida por prestadores privados. Logo, as variações de tempo de espera não sofreram mudanças secundárias à maior oferta de vagas ou diferentes fluxos de acesso, mas sim devido à otimização da regulação das solicitações a partir da descentralização em junho de 2012.

5.4 Tempo médio de espera segundo a classificação de risco

Outro parâmetro do SISREG analisado como proxy para verificar a qualidade da regulação foi o tempo de espera segundo o risco. O importante de avaliar o tempo médio de espera e compará-lo de acordo com a classificação de risco é que se pode observar de fato a ação do regulador. Se o número de vagas é suficiente, o tempo médio de espera depende apenas da agilidade, disponibilidade e julgamento clínico do médico que agenda as solicitações que priorizará aquelas de maior risco.

De modo a avaliar se a classificação de risco que indica a gravidade atribuída pelo médico solicitante foi critério de priorização, o presente estudo comparou os tempos médios

de espera para cada classificação de risco a cada trimestre do período estudado para os quatro procedimentos.

Tempo médio de espera segundo a classificação de risco para consulta em oftalmologia – geral

Para consulta em oftalmologia, na comparação entre 2011 e 2013, nota-se diminuição do tempo de espera para todos os níveis de risco. Todavia, observa-se tempos de espera maiores para o risco vermelho em 2013, período no qual todas as solicitações acima de 180 dias foram reclassificadas como risco vermelho por determinação da gestão. Medida que contribui para a redução dos tempos de espera.

Em 2011, ao considerar-se o tempo de espera segundo a classificação de risco para consulta em oftalmologia geral- geral, houve redução do tempo médio de espera para todos os riscos no segundo semestre. Curiosamente, a queda das solicitações classificadas com azul foi de mais de 300 dias no começo de 2011 para menos de 30 dias ao final do ano, ou seja, a queda foi superior a 10 vezes. Enquanto para os paciente classificados como vermelho, também houve queda, porém bem menos significativa, já que variou de um pouco menos de 300 dias para quase 50 dias. Nota-se ainda queda nos níveis intermediários, indo de 314 para 30 dias as solicitações verdes e de 300 para 63 dias as amarelas. Resumindo, em 2011 houve redução do tempo médio de espera mais relevante nas solicitações de risco teoricamente menos graves, sendo as solicitações de maior gravidade imputada pelo médico solicitante agendadas no dobro do tempo das de menor gravidade referida.

Em 2013 a apreciação segundo a classificação de risco indicou que o aumento gradual observado foi secundário ao aumento do tempo de espera dos riscos azul, verde e amarelo, enquanto os classificados como vermelho houve variação do tempo médio de espera de 183 dias no primeiro, para 221 dias no segundo e 264 no terceiro trimestre, com queda significativa no final de 2013, para 155 dias.

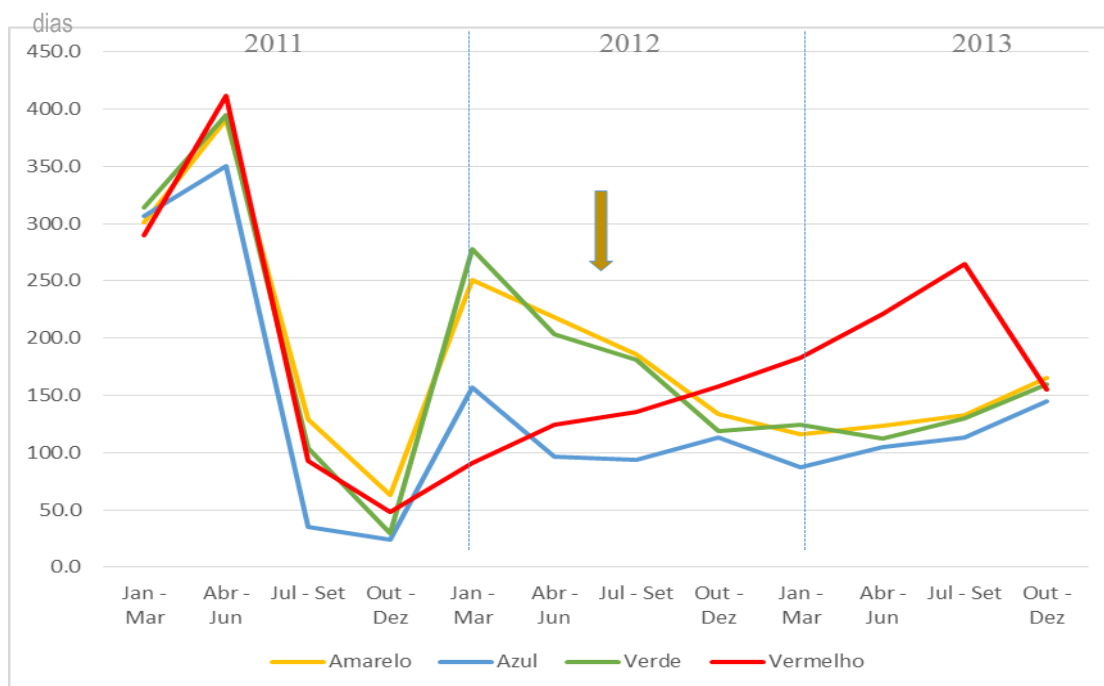
Apesar da variação do tempo médio de espera para os vermelhos ter sido a única que apresentou redução entre o começo e o final do ano, o tempo médio de espera para as solicitações às quais foram imputados o menor risco foi o menor no final do ano, tendo as solicitações azuis tempo médio de espera de 145 dias e as de risco vermelho 206 dias. Lembrando que em 2011 ocorreu grande número de cancelados e em 2013 as solicitações acima de 180 dias foram transformadas em risco vermelho.

Tabela 18 – Evolução trimestral do tempo médio de espera de acordo com a classificação de risco para consulta de oftalmologia- geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013

Classificação de risco / Ano	Trimestre	Azul		Verde		Amarelo		Vermelho	
		dias	n	dias	n	dias	n	dias	n
2011	Jan - Mar	306	6356	314	250	301	1777	290	455
	Abr - Jun	350	5124	395	145	392	1426	412	338
	Jul – Set*	35*	1600*	104*	8*	130*	93*	93*	68*
	Out – Dez*	24*	1103*	30*	5*	63*	60*	49*	21*
	Média	179	14183	211	408	221	3356	211	882
2012	Jan - Mar	157	5203	278	292	251	1179	91	919
	Abr - Jun	96	5976	204	270	219	920	124	313
	Jul – Set**	94	7732	182	597	185	1370	136	326
	Out – Dez**	113	5695	119	765	133	1495	158	310
	Média	115	24606	196	1924	197	4964	127	1868
2013	Jan – Mar**	88	8105	125	720	116	1725	183	386
	Abr - Jun	105	8125	112	815	124	1938	221	797
	Jul - Set	113	7716	130	1139	132	2552	265	1875
	Out - Dez	145	9072	160	1379	166	2947	155	568
	Média	113	33018	132	4053	135	9162	206	3626

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014 *Neste período ocorreu elevado número de cancelamentos **Período no qual as solicitações acima de 180 dias foram classificadas em vermelho

Gráfico 20 – Evolução trimestral do tempo médio de espera em dias de acordo com a classificação de risco para consulta de oftalmologia- geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Tempo médio de espera segundo a classificação de risco para consulta em cirurgia geral-geral

Para consultas de cirurgia geral observaram-se oscilações ao longo do período, com tendência de aumento para todos os riscos e importante aumento em 2013 no tempo de espera para o risco vermelho, devido à já comentada reclassificação de risco para as solicitações mais antigas.

Em 2011, a observação segundo a classificação de risco revelou aumento do tempo médio de espera em todas as classificações de risco, exceto a azul que apresentou os menores valores em relação as demais de 59, 46, 62 e 52 dias nos 4 trimestres, em ordem cronológica. As demais classificações de risco concentraram maior aumento nos segundo e terceiro trimestres, com queda do tempo médio no último trimestre. Com esta redução, o último trimestre obteve número de dias inferior ao primeiro em todas classificações de risco, exceto na vermelha.

Vale ressaltar que a redução do número de solicitações vermelhas deveu-se à melhor capacitação dos médicos solicitantes pelas CAP's, de modo a qualificar a fila de espera.

O ano de 2013 caracterizou-se por aumento do tempo médio de espera para consultas de cirurgia geral- geral, gradual e constante ao longo do ano para todas as classificações de risco. Novamente a classificação de risco azul apresentou os menores valores, em todos os trimestres em relação às demais, o que fica evidente no gráfico a seguir. A única variação isolada foi um aumento do número de solicitações aprovadas com a classificação de risco vermelha, atingindo 717 solicitações, o qual foi acompanhado do tempo médio de espera para esta classificação de risco, que chegou a 216 dias no terceiro semestre de 2013.

Nesta mesma época, as 5490 solicitações classificadas como azul foram agendadas para cerca de 50 dias após a sua geração. Ao longo de 2013 o tempo médio de espera dos menos graves manteve-se duas a quatro vezes menor em relação aos mais graves, contrariando o esperado considerando o conceito de equidade. No final de 2013, apenas a classificação de risco azul se manteve em 73 dias, enquanto as demais classificações obtiveram o dobro deste tempo para a execução, o que fica evidente na tabela 19 e gráfico a seguir.

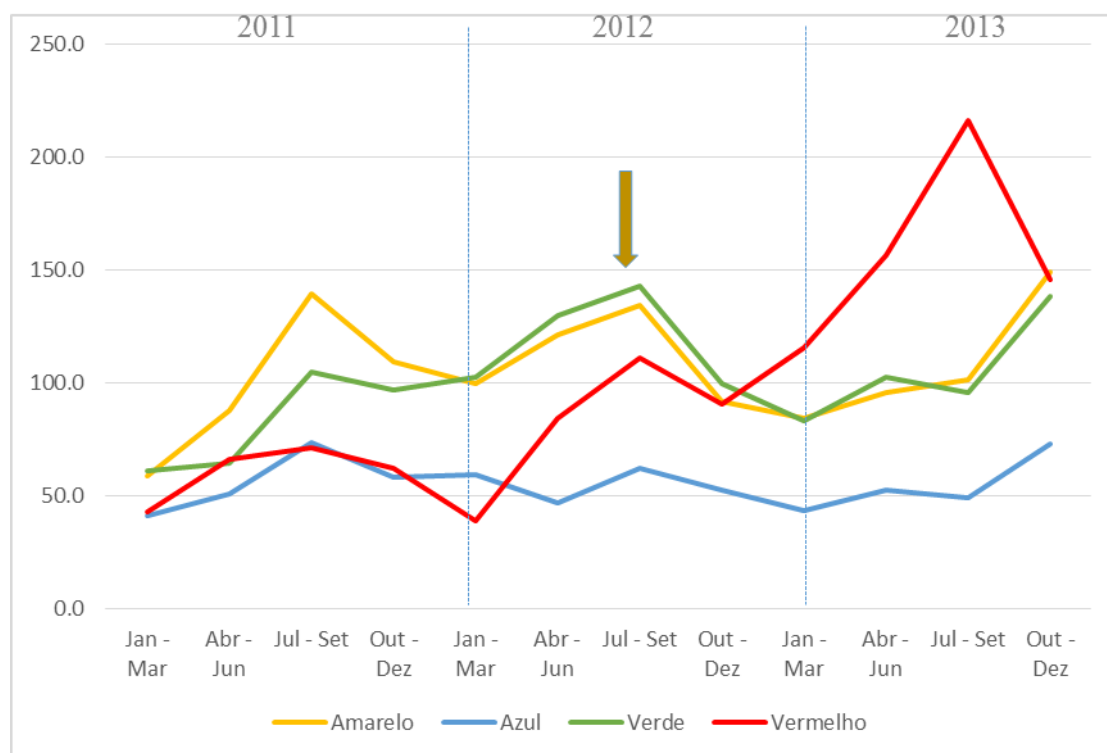
Tabela 19 – Evolução trimestral do tempo médio de espera de acordo com a classificação de risco para consulta em cirurgia geral-geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013

Ano	Classificação de risco / Trimestre	Azul		Verde		Amarelo		Vermelho	
		dias	n	dias	n	dias	n	dias	n
2011	Jan - Mar	41,2	4442	61,0	95	58,8	796	43,1	211
	Abr - Jun	51,0	4707	64,7	129	87,6	909	66,1	233
	Jul - Set	73,4	5697	105,0	145	139,5	1154	71,2	241
	Out - Dez	58,0	4643	96,8	139	109,4	938	61,9	238
	Média	56	19489	82	508	99	3797	61	923
2012	Jan - Mar	59,2	4453	102,6	173	99,7	1209	38,9	1112
	Abr - Jun	467,0	5725	129,8	278	121,3	1260	84,5	522
	Jul - Set*	62,4	4619	143,0	252	134,3	946	111,1	319
	Out - Dez*	52,6	4539	99,9	364	91,9	890	90,4	355
	Média	160	19336	119	1067	112	4305	81	2308
2013	Jan - Mar*	43,2	4404	83,2	366	84,5	814	115,7	314
	Abr - Jun	52,3	4955	102,3	312	95,9	928	156,6	413
	Jul - Set	49,2	5490	95,5	244	101,5	892	216,3	717
	Out - Dez	73,2	4695	138,2	333	149,3	1055	145,7	365
	Média	54	19544	105	1255	108	3689	159	1809

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2013

*Período no qual as solicitações acima de 180 dias foram classificadas em vermelho

Gráfico 21 – Evolução trimestral do tempo médio de espera de acordo com a classificação de risco para consulta em cirurgia geral-geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Tempo médio de espera segundo a classificação de risco para consulta em obstetrícia-alto risco geral

Para consulta em obstetrícia, quando o tempo médio é analisado de acordo com classificação de gravidade, observa-se que as solicitações de maior risco atribuído (verde, amarelo e vermelho) apresentam redução do tempo de espera e tempos de espera mais curtos do que as solicitações de menor risco (azul).

Ao longo de 2011, nota-se que houve pouca diferença de tempo entre as classificações de risco, no entanto foi a primeira vez que os casos mais graves encerraram o ano apresentando tempo de espera inferiores aos casos que exigiam menor urgência.

Já em 2012, como pode-se apreciar na tabela e gráfico a seguir (tabela 20 e gráfico 21), houve redução no tempo médio de espera para as consultas em obstetrícia- alto risco geral, sendo que as classificadas como vermelho foram aquelas que tiveram a maior redução, chegando a 15 dias no terceiro trimestre. Neste mesmo ano, as classificadas como risco azul começaram com tempo próximo às vermelhas e depois tiveram um aumento gradativo do tempo de espera, chegando ao final deste ano com o dobro de tempo em relação aos casos de maior gravidade.

Em 2013, percebe-se um tempo médio de espera maior para todas as classificações de risco no último trimestre, provavelmente secundário a redução da oferta nesse período, no entanto a diferença entre os casos menos e mais graves é de cerca de 20 dias ao longo do ano. É evidente que uma vez que apenas gestantes com gravidez de alto risco devem ser encaminhadas para esse tipo de consulta, não se esperaria uma diferença muito grande de acordo com a classificação de risco, já que a celeridade da avaliação do especialista em conjunto à equipe de saúde da família faz-se urgente para o correto seguimento da paciente.

Observa-se que houve priorização dos casos nos quais os maiores riscos foram atribuídos entre 2011 e 2013 (gráfico 21), todavia mais intensa em 2013.

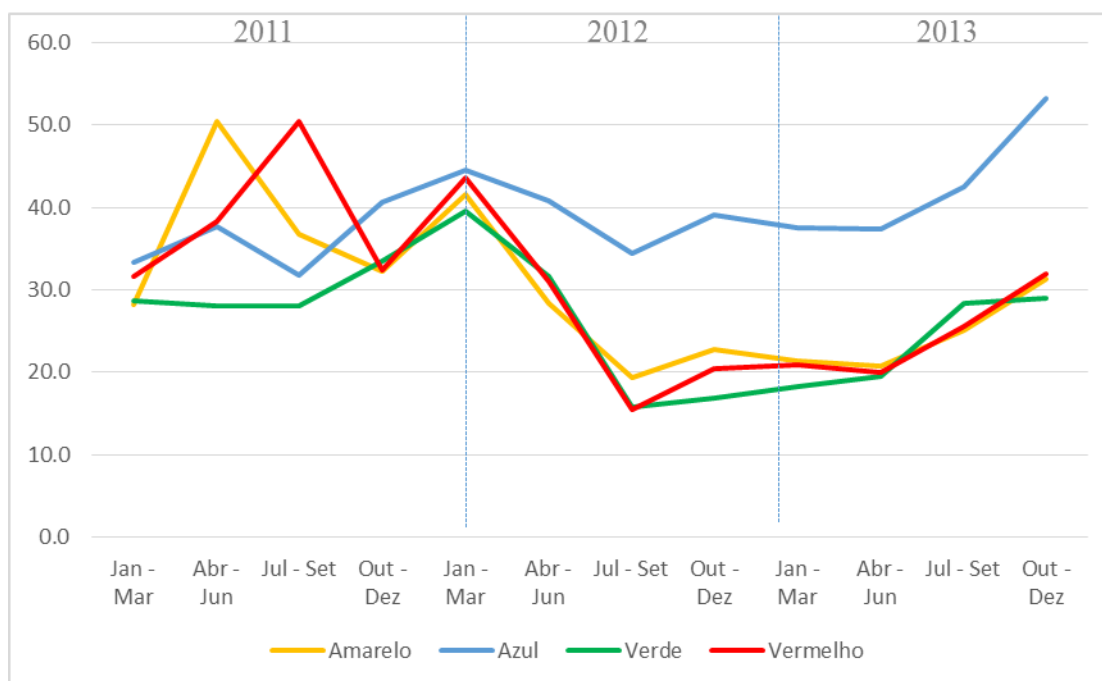
Tabela 20 – Evolução trimestral do tempo médio de espera de acordo com a classificação de risco para consulta em obstetrícia- alto risco geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013

Classificação de risco /		Azul		Verde		Amarelo		Vermelho	
Ano	Trimestre	dias	n	dias	n	dias	n	dias	n
2011	Jan - Mar	33,4	3605	28,7	3	28,3	21	31,6	24
	Abr - Jun	37,7	2572	28,0	1	50,5	15	38,3	8
	Jul - Set	31,7	3928	28,0	3	36,7	17	50,5	17
	Out - Dez	40,7	3088	33,6	37	32,3	76	32,5	75
	Média	36	13193	30	44	37	129	38	124
2012	Jan - Mar	44,5	2185	39,6	44	41,6	218	43,6	879
	Abr - Jun	40,8	3003	31,6	57	28,3	214	31,0	325
	Jul - Set	34,5	4980	15,7	23	19,4	303	15,5	280
	Out - Dez	39,1	5316	16,8	82	22,7	568	20,4	702
	Média	40	15484	26	206	28	1303	28	2186
2013	Jan - Mar	37,6	5555	18,3	117	21,3	538	20,8	588
	Abr - Jun	37,5	5529	19,5	56	20,8	502	20,0	562
	Jul - Set	42,5	4658	28,3	70	25,1	542	25,5	562
	Out - Dez	53,2	3446	29,0	63	31,4	465	31,9	610
	Média	43	19188	24	306	25	2047	25	2322

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Deve-se enfatizar que consulta em obstetrícia- alto risco geral é uma especialidade que não costuma ter encaminhamentos negligenciados pelos reguladores, haja vista a possibilidade de agravamento da situação de saúde do binômio mãe-feto, decorrente de uma demora anormal. Deste modo não se espera que haja mudança da classificação de risco para as solicitações que excederam 180 dias de espera, uma vez que as mesmas não devem existir. Deste modo, para obstetrícia não houve influência da mudança nos tempos de espera segundo a classificação de risco devido priorizações das solicitações mais antigas. O mesmo ocorreu com mamografia- rastreamento que tem oferta de vagas suficiente (sobram vagas).

Gráfico 22 – Evolução trimestral do tempo médio de espera de acordo com a classificação de risco para consulta em obstetrícia- alto risco geral, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Tempo médio de espera segundo a classificação de risco para mamografia bilateral-rastreamento

Para mamografia rastreamento, dada a natureza do procedimento, a análise das variações da classificação de risco é irrelevante. O interessante desta especialidade é de que por ser um exame de rastreamento, nenhuma solicitação deveria ser de urgência. Pode-se inferir que alguns solicitantes desejavam agilizar os agendamentos de suas usuárias ou ainda atribuíam maior risco àquelas mulheres que não estavam “em dia” com o exame de rastreamento.

Em 2011, houve uma variação do tempo médio para todas as classificações de risco, sendo que os de menor gravidade atribuída passaram a apresentar maior tempo, inversamente aos de maior gravidade

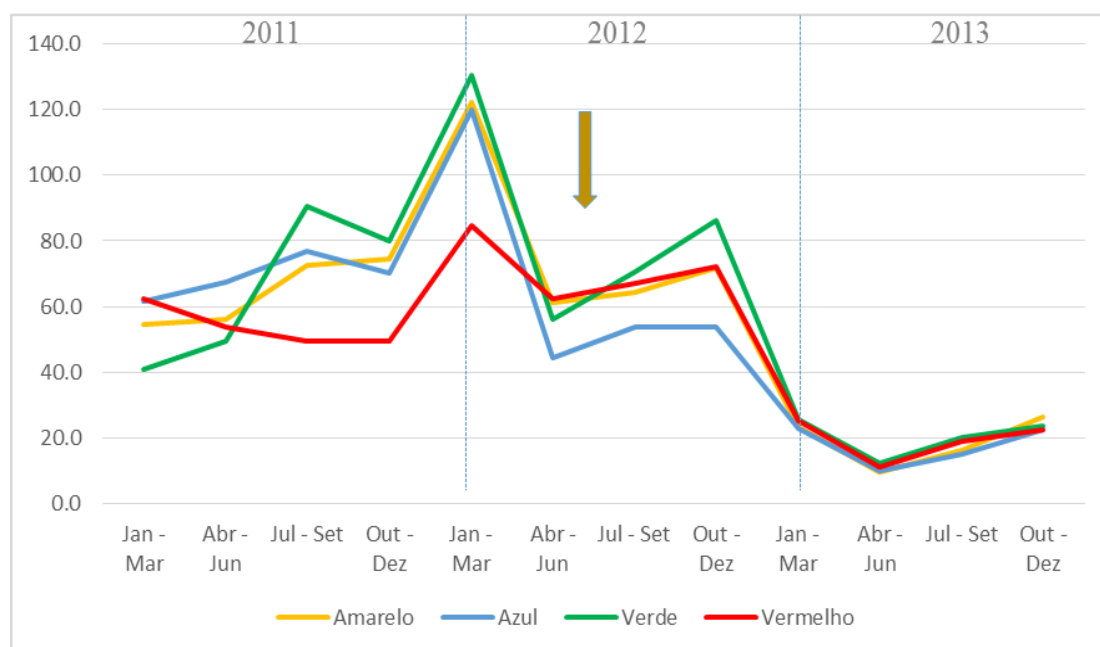
Em 2012, ocorreu orientação de agendar mamografia com pelo menos três semanas para que haja tempo hábil da equipe avisar as pacientes. Enquanto 2013 foi o ano com menor proporção de solicitações vermelhas para este procedimento, provavelmente secundário a melhor capacitação dos solicitantes e da divulgação do serviço de mamografia diagnóstica no SISREG para os casos suspeitos. Todavia os tempos de espera para a classificação de risco vermelho em geral permaneceram próximos dos demais.

Tabela 21 – Evolução trimestral do tempo médio de espera de acordo com a classificação de risco para mamografia bilateral- rastreamento, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013

Classificação de risco /		Azul		Verde		Amarelo		Vermelho	
Ano	Trimestre	dias	n	dias	n	dias	n	dias	n
2011	Jan - Mar	61,7	10687	40,8	906	54,5	2905	62,4	373
	Abr - Jun	67,4	12209	49,6	731	56,3	2751	53,9	417
	Jul - Set	76,8	14004	90,5	527	72,6	3671	49,6	495
	Out - Dez	70,2	10769	79,9	363	74,4	3338	49,4	351
	Média	69	47669	65	2527	64	12665	54	1636
2012	Jan - Mar	119,9	10490	130,7	491	122,2	2900	84,8	798
	Abr - Jun	44,4	14676	56,2	801	61,1	2356	62,5	283
	Jul - Set	53,7	13798	70,5	1023	64,4	1284	67,2	214
	Out - Dez	53,7	13575	86,3	585	71,7	562	72,1	61
	Média	68	52539	86	2900	80	7102	72	1356
2013	Jan - Mar	22,8	7070	25,5	929	23,2	724	25,2	156
	Abr - Jun	9,8	9911	12,3	801	9,5	1142	11,0	138
	Jul - Set	14,8	12153	20,0	961	16,2	1493	18,7	140
	Out - Dez	22,5	12581	23,5	581	26,2	1876	22,3	144
	Média	17	41715	20	3272	19	5235	19	578

Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Gráfico 23 – Evolução trimestral do tempo médio de espera de acordo com a classificação de risco para mamografia bilateral- rastreamento, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

6. DISCUSSÃO

Para facilitar a discussão dos resultados frente à literatura foi realizada uma síntese da análise até aqui realizada. Foram comparados os dados do primeiro semestre de 2011 com aqueles do primeiro semestre de 2013, considerados os mais apropriados para demonstrar os efeitos da descentralização da regulação para os profissionais da APS do município do Rio de Janeiro ocorrida em junho de 2012. Não se consideraram os dados de 2011 como um todo devido a ações administrativas que alteraram a série histórica, como o cancelamento de inúmeras solicitações no segundo semestre de 2011, principalmente aquelas que tinham maior tempo de espera.

Segundo Hurst e Siciliani (2003), devido à alta politização do gerenciamento das listas de espera, secundária ao fato de que longos tempos de espera são causa de grande insatisfação, deve-se estar atento à contabilizações enviesadas que podem ser influenciadas por subterfúgios, como por exemplo a retirada de pacientes da lista sem que os mesmos tenham recebido o tratamento.

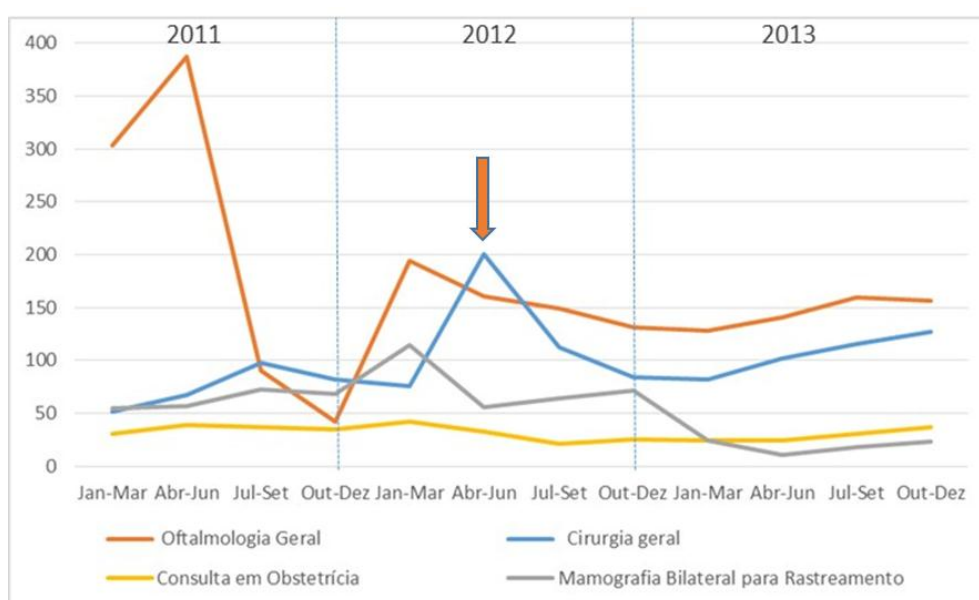
Para 2013, foram considerados os dados do primeiro semestre pois notou-se que no segundo semestre de 2013 os efeitos da descentralização da regulação já foram menos visíveis. Hurst e Siciliani (2003) afirmam que políticas temporárias apresentam resultados temporários e que os gestores devem estar atentos ao fato de que as listas de espera não são apenas influenciados pela saída das pessoas que tiveram acesso ao tratamento, mas também pelas pessoas que ingressaram na lista ao longo do tempo. Deste modo, as ações de redução do tempo de espera devem ser tomadas de maneira combinada e estar em constante vigilância quanto ao número de usuários que aguardam tempo excessivo, de modo a buscar soluções para evitar este problema.

O ano de 2012, por sua vez, foi marcado por muita oscilação devido à intervenção, logo não foi considerado como referência. Além da descentralização da regulação assistencial ambulatorial promovida em junho/julho de 2012, outras ações foram tomadas para otimizar a regulação no Rio de Janeiro, como: “limpeza” das listas, removendo as solicitações muito antigas, negando as que não estavam fora dos novos protocolos de encaminhamento, elaboração de protocolos para solicitantes e reguladores para algumas especialidades, maior comunicação da SMS com as CAPs de modo a trocar informações sobre os novos fluxos de encaminhamento, reuniões com os médicos RT's sobre os protocolos clínicos e sobre a forma

correta de encaminhamentos de modo a difundir boas práticas na rede. Segundo Giovanella et al (2002), a utilização de protocolos clínicos específicos indica organização da oferta e aumenta a eficiência do atendimento.

O Gráfico 23 ilustra a evolução dos tempos médios de espera dos quatro procedimentos ao longo de todo o período estudado.

Gráfico 24 – Evolução trimestral do tempo médio de espera em dias das solicitações agendadas para consulta de oftalmologia- geral, consulta em cirurgia geral-geral, consulta em obstetrícia- alto risco geral e mamografia- rastreamento, via SISREG, no município do Rio de Janeiro, 2011-2013



Fonte: SRVBI, DMRegulação. Disponível em: dw.saude.gov.br. Acesso em 13/12/2014

Iniciando a síntese dos resultados por **consulta em oftalmologia geral**, observou-se que: o número de vagas entre 2011 e 2013 teve um acréscimo de 121%, sendo que 60% eram de prestadores públicos no início da análise, chegando a 70% no final do período. Tal aumento da oferta de vagas, aliado às outras intervenções na regulação assistencial ambulatorial culminaram com a redução do tempo médio de espera de 333 dias no primeiro semestre de 2011 para 75 dias no mesmo período de 2013.

O status para esse procedimento variou de 90% de aprovações para 80% no período, às custas do aumento das devoluções, negações e cancelamentos, mudança possivelmente secundária a um maior critério de avaliação destes encaminhamentos pelos reguladores, sugerindo melhora na qualidade da regulação.

Os intervalos de tempo de espera também diminuíram. No primeiro semestre de 2011, 79% das solicitações aprovadas para oftalmologia tinham mais de 180 dias aguardando, proporção que caiu para 16% no mesmo período de 2013, quando mais da metade das

solicitações foram agendados em até 90 dias. Por sua vez, para solicitações cuja classificação de risco fora considerada mais grave, a vermelha, ocorreu a redução de 350 para 202 dias de tempo médio de espera entre os dois períodos. Esta redução consistiu em um grande avanço na melhoria do acesso, no entanto o tempo médio de espera para os casos classificados como mais graves ainda era de quase 30 semanas.

Em síntese, para consulta em oftalmologia geral as diversas estratégias na regulação assistencial ao longo do período analisado, que incluíram o cancelamento de solicitações antigas, descentralização da regulação para a APS, priorização do agendamento das solicitações com mais de 180 dias (mudando a classificação de risco destas para risco vermelho) associado ao importante aumento da oferta de vagas, foram efetivas na redução dos tempos de espera para consulta de oftalmologia geral-geral, no entanto a média de espera ainda permaneceu alta.

Não há parâmetros estabelecidos para definir qual seria o tempo de espera razoável, contudo, Harrison e Appleby (2009) descrevem 13 semanas como o limite considerado aceitável para espera pelo tratamento hospitalar. Considerando que consulta em oftalmologia geral é um procedimento ambulatorial, por isso de mais fácil execução e com uma logística menos complexa para aumento da oferta que um tratamento hospitalar, não parece razoável que a espera seja tão longa na cidade do Rio de Janeiro, principalmente para os casos graves.

Segundo os mesmo autores, embora a contratação de serviços privados possa ser uma possibilidade de redução dos tempos médios de espera a curto prazo, deve ser seguida de uma estratégia a longo prazo de provimento de especialistas nos serviços públicos de acordo com a necessidade local (Hurst e Siciliani, 2003). Uma estratégia que foi implementada por um curto período de tempo e com experiências pontuais foi de promover exame de fundoscopia e exame de refração nas Clínicas da Família de modo a reduzir a demanda de oftalmologia, no entanto não se deu de maneira organizada e pode ter gerado ainda mais demanda devido os resultados dos testes que em algumas áreas demorou quase 1 ano e meio para chegar aos usuários.

Para redução dos tempos de espera a ampliação da oferta é fundamental (Kreindler, 2010, Willcox et al., 2007), todavia a mera compra de serviços privados não permite oferta conforme a necessidade da população, pois em geral os prestadores privados ofertam ao SUS apenas os procedimentos mais lucrativos. Solla e Chioro (2012) apontaram tal situação quando compararam a grande oferta de terapia renal substitutiva com a baixa oferta de consultas em nefrologia realizadas pelo SUS no país, demonstrando que há necessidade de

forte indução na gestão do sistema para que esse desequilíbrio seja desfeito. Situação similar ocorre no município do Rio de Janeiro onde há pouca espera para cirurgia de catarata enquanto para consulta de oftalmologia a demora permanece regra geral.

Para **consulta em cirurgia geral-geral**, quase não houve aumento de vagas no período (6%), sendo praticamente a oferta toda de rede pública do SUS. As aprovações das solicitações caíram de níveis entre 80 a 90% para 70 a 80%, principalmente devido ao aumento das devoluções, o que comprova que um maior número de solicitações foi analisado pelo regulador que pediu melhores esclarecimentos ao médico solicitante.

No entanto, o tempo médio de espera aumentou de 51 para 61 dias, entre o primeiro semestre de 2011 e o primeiro semestre de 2013. Além disso, a proporção de solicitações aprovadas em até 60 dias diminuiu de 85% para 63% entre os dois períodos, e as solicitações risco vermelho atribuído pelo solicitante que eram atendidas em média após 53 dias na primeira metade de 2011, passaram a demorar em média 136 dias no primeiro semestre 2013.

Este aumento do tempo médio de espera para o risco vermelho provavelmente decorreu da orientação administrativa de transformar as solicitações com mais de 180 dias em vermelho, o que tornou a média de dias do risco vermelho muito superior. Harrison e Appleby (2009) já haviam descrito este fenômeno, em que casos que atingiam um certo limite de tempo, seriam priorizados em relação aos demais no seu agendamento, passando à frente, inclusive, de casos urgentes, produzindo distorções.

Kreindler (2010) afirma que o estabelecimento de metas sem fortes incentivos ou ainda sem o gerenciamento do desempenho apresentaria resultados pouco notáveis. Deste modo, uma vez que no ano de 2012, a gestão municipal do Rio de Janeiro estabeleceu a meta de agendamentos em até 180 dias, mas não ofereceu incentivos para o cumprimento destas, a mudança na classificação de risco não deve ter apresentado efeito significativo nos tempos de espera.

Estes dados sugerem que a mudança na regulação transferindo esta atribuição para os responsáveis técnicos das clínicas de família, ainda que melhore a qualidade da regulação, não é suficiente para a redução dos tempos de espera com melhoria do acesso se não for acompanhado do devido aumento de vagas, como ocorreu para as consultas de oftalmologia.

Também é válido lembrar que ao longo do período estudado ocorreu um intensificação importante da orientação para o nível secundário em não mais atender usuários sem encaminhamento da APS via SISREG. Esta prática era muito comum, o que prejudicava

a regulação do acesso. No entanto, ocorreu resistência dos serviços especializados estaduais e federais a submeter suas vagas à regulação municipal. Deste modo, a obrigatoriedade do encaminhamento via SISREG não foi acompanhada da inserção das vagas no sistema, o que provavelmente provocou: aumento do número de pacientes buscando a atenção básica para nova referência, ociosidade dos serviços de referência e uma piora do acesso.

Essa dificuldade da gestão municipal de acessar as vagas disponíveis de hospitais estaduais e federais se deve à grande autonomia dos hospitais no controle das agendas, já descrita por Conill *et al* (2011) em estudo descritivo da regulação no Sistema Nacional de Saúde espanhol. No município do Rio de Janeiro, o controle da agenda pelo hospital, que pode diminuir o número de vagas ofertadas ou fechá-la posteriormente às marcações já realizadas por pedido de afastamento do profissional, acarreta que usuários agendados via SISREG devam retornar à atenção primária para nova solicitação devido à marcação que lhe foi entregue coincidir com as férias, licença ou aposentadoria do servidor indicado, ou ainda devido o procedimento não mais ser ofertado pelo prestador.

Deste modo, ocorre transtorno ao usuário por comparecer desnecessariamente ao serviço e ainda precisar acessar novamente a APS (que nem sempre é fácil, dependendo do processo de trabalho da equipe de referência) para nova solicitação e nova espera. Para reduzir a incidência desses casos, houve a criação pelo DATASUS do “notificareg” o qual seria um instrumento de controle dessas situações no próprio site do SISREG. O “notificareg” permite identificar estas situações e comunica o problema ocorrido às partes envolvidas e facilitaria iniciativas da gestão para resolvê-los todavia isto pode causar constrangimento⁷ aos profissionais apontados e não há uma adesão importante dos solicitantes e dos serviços especializados ao instrumento.

Hurst e Siciliani (2003) afirmam que a fila de espera para cirurgias eletivas é um problema em diversos países com sistema de saúde público e universal. O problema não seria exatamente o tamanho da fila em si mas o tempo que as pessoas esperam pelo tratamento, ou ainda, a porcentagem de pessoas que esperam um tempo considerado excessivo.

De modo geral, políticas para redução dos tempos de espera devem contemplar o aumento da oferta dos procedimentos, seja por melhora da gestão dos leitos, aumento do número de leitos ou incentivos financeiros para atingir metas específicas, entre outros

⁷ Em minha experiência como responsável técnica/ reguladora observei que este constrangimento levou a uma redução dos casos de não conformidade do agendamento com a disponibilidade dos serviço devido ao temor em ser notificado

(Willcox et al., 2007 e Conill et al, 2011). Outras estratégias são importantes para garantir a equidade das filas e organizar os fluxos, bem como deve-se estar atento a estratégias de intervenção na demanda.

O número de vagas para **consulta em obstetrícia-alto risco geral** teve um aumento de 113% entre 2011 e 2013, sendo totalmente ofertada por prestadores públicos. Vale lembrar a intensificação da orientação do encaminhamento via SISREG para o atendimento em serviços especializados, que neste caso foi acompanhado da inserção de vagas para regulação, também por tratar-se de prioridade federal da rede cegonha.

A gestação de alto risco é uma condição que tem protocolos bem estabelecidos, cuja eficiência impacta diretamente nos indicadores de saúde, com um maior nível de responsabilização dos serviços e dos profissionais como um todo, além de ter visibilidade popular e apelo político quanto ao seu bom funcionamento, o que incentiva a cooperação entre os níveis de atendimento.

Ao longo do período do estudo as equipes da APS receberam treinamentos permanentes sobre o tema, além do município ter realizado um zoneamento das maternidades de acordo com a localização geográfica das unidades básicas de saúde. Além disso, os serviços federais repartiram as atribuições a nível terciário (e.g. um serviço ficou responsável pelo alto risco decorrente de obesidade, outro por gravidez gemelar, etc), oferecendo vagas de acordo com a sua responsabilidade.

Não se observa mudanças nos status das solicitações. As aprovações mantiveram-se em torno de 90% ao longo de 2011 e 2013, e observou-se pouca mudança das solicitações negadas, canceladas ou devolvidas. A pouca mudança quanto ao status das solicitações pode ser decorrente desta especialidade ter parâmetros de encaminhamento bem estabelecidos, desde antes da intervenção sob análise.

O tempo médio de espera era de 36 dias no primeiro semestre de 2011 e se manteve praticamente inalterado (35 dias) no mesmo período de 2013. No entanto, enquanto no primeiro semestre de 2011, 100% das solicitações eram atendidas em até 60 dias, em 2013 esta proporção foi de 78%, às custas do aumento das solicitações atendidas entre 61 e 90 dias, que no primeiro semestre de 2011 era 0% e passaram a 23% no mesmo período de 2013.

A despeito desta aparente piora, o tempo médio de espera para as solicitações classificadas como vermelho passou de 35 dias na primeira metade de 2011 para 20 dias em 2013. Ainda neste período, as solicitações classificadas como amarelo, segunda em gravidade,

passaram de uma média de 38 dias em 2011 para 21 dias em 2013, enquanto as verdes passaram de 28 para 19 dias. A única classificação de risco que não apresentou redução do número de dias foi a azul, que passou de 36 dias no primeiro semestre de 2011 para 38 dias no mesmo período de 2013. Deste modo, conclui-se que os casos mais urgentes foram priorizados pela regulação assistencial.

Para **mamografia bilateral rastreamento**, o número de agendamentos entre 2011 e 2013 caiu 21%, e a proporção de prestadores privados de quase 100% reduziu para 70%. Apesar da redução do número de agendamentos, houve aumento do número de confirmações da realização dos exames, que foram de 20% em 2011 para 50% em 2013. Ou seja devido à redução do enorme absenteísmo, ocorreu aumento de 100% no número de mulheres que efetivamente realizaram o exame (tabela 4).

No caso da mamografia, devido à grande proporção de prestadores privados, foi possível a avaliação do absenteísmo, uma vez que os prestadores particulares devem confirmar a execução do procedimento no sistema para a prestação de contas e recebimento do pagamento⁸.

Para mamografia, a descentralização da regulação, tornando o responsável pelo agendamento mais próximo dos usuários propiciou um melhor aproveitamento das vagas. Seja pela marcação em prestadores mais convenientes para os usuários, uma vez que o médico da APS conhece o seu território e tem a noção da mobilidade na região, seja pelo fato da proximidade do regulador com as equipes de APS otimizar a entrega do agendamento, de modo a facilitar a ida dos usuários ao prestador.

Essa melhora do acesso à mamografia de rastreamento, exemplifica uma das possibilidades da função de coordenação da rede de atenção à saúde pela APS, como sugerido por Mendes (2014).

Quanto ao status, uma vez que mamografia rastreamento tem critérios bem estabelecidos de solicitação, praticamente não apresentou diferença entre os anos. No primeiro semestre de 2011, 95% das solicitações foram aprovadas, sendo que os cancelamentos corresponderam a 4%. Já no mesmo período de 2013, 93% das solicitações foram aprovadas, enquanto 3% foi cancelado, 2% negado e 2% devolvido. Apesar da mudança no status ter sido discreta, nota-se que houve uma pequena melhora da qualidade da regulação, sugerindo mudança nos critérios de avaliação.

⁸ Para os prestadores públicos o cálculo do real absenteísmo é prejudicado devido os mesmos não terem consequências em relação a não confirmação dos usuários via SISREG

Em relação aos tempos de espera para mamografia-rastreamento, na primeira metade de 2011 o tempo médio era de 62 dias, a maioria (65%) aguardava entre 61 e 90 dias e apenas 30% era agendada em até 30 dias. No período correspondente de 2013, o tempo médio caiu para 17 dias e 85% foi agendado em até 30 dias, com 99% agendado até 60 dias.

Mamografia bilateral rastreamento sempre teve oferta de vagas superior ao número de solicitações. Sendo assim, a marcação do procedimento depende apenas da disponibilidade do regulador para tanto. Logo, esta melhora observada no acesso à mamografia deveu-se principalmente às mudanças da regulação, demonstrando que se o procedimento tem indicações estritas e bem divulgadas entre os solicitantes e há vagas disponíveis para agendamento, a descentralização da regulação para a APS foi efetiva para a diminuição da espera.

Kreindler (2010) afirma que as políticas de redução ou gerenciamento de listas de espera são frequentemente adotadas em combinação pelos governos, o que de certa forma dificulta a avaliação do impacto de cada medida individualmente. Também foi constatado no município do Rio de Janeiro, no qual entre 2011 e 2013 diversas ações foram tomadas em momentos diferentes ou ao mesmo tempo, algumas de modo pontual (como orientações específicas de cancelamentos/devoluções de solicitações em massa ou mudanças da classificação de risco de modo a priorizar os mais antigos independente da gravidade) e outras de caráter longitudinal (produção de protocolos clínicos, reuniões periódicas com os reguladores, etc).

Conill et al (2011) afirmam que o acesso às consultas especializadas está também relacionado ao processo de trabalho dos especialistas. A solicitação pelo especialista de sucessivos retornos, reagendamentos e referência a outros especialistas também interfere no aumento dos tempos de espera. No município do Rio de Janeiro, é vedado ao especialista referenciar o paciente, de modo que a sua indicação do encaminhamento para outro especialista ou um procedimento de alto custo será analisada pelo médico de família e comunidade e a partir do julgamento daquele que em teoria faz a coordenação do cuidado, a solicitação é ou não inserida no SISREG. Almeida et al (2010: pág.) apontam a importância da APS como coordenadora do cuidado dos usuários:

Entre os fatores que têm impacto sobre a coordenação, destacam-se o incremento do papel de filtro (*gatekeeping*) dos médicos generalistas, relacionado à gestão e à responsabilização pelo caminho terapêutico do usuário. Além desse fator, vale citar ainda o aumento da capacidade de resolução da APS por meio da destinação de recursos e da ampliação da cesta de serviços, seja pelo aumento do acesso a meios

diagnósticos e terapêuticos, seja pela educação continuada; e o maior prestígio e reconhecimento profissional

Mais uma vez notamos a importância de haver um acesso facilitado à APS, uma vez que se o paciente que foi avaliado pelo especialista não consegue acessar novamente sua equipe de referência, seu tratamento pode ser prejudicado. Travassos (1997) aponta que a espera pelo atendimento é uma barreira ao acesso e aumentaria o custo do tratamento, e consequentemente as desigualdades no tratamento de saúde de acordo com as condições socioeconômicas dos indivíduos.

Travassos (1997) afirma ainda que grupos de menor renda usualmente vivem em áreas com menor disponibilidade de serviços o que dificultaria ainda mais o acesso. No município do Rio de Janeiro tal afirmativa era ainda mais verdadeira até a reforma da APS, iniciada em 2009 (Areiem, 2013), na qual a expansão da APS deu-se prioritariamente em áreas onde não havia nenhum equipamento de saúde instalado, favorecendo principalmente locais com população mais desfavorecida socioeconomicamente.

No entanto, a expansão da APS não foi acompanhada da redistribuição de serviços especializados, dificultando o acesso dos usuários aos outros níveis de atenção. Travassos (1997) afirma que a universalidade do acesso ao SUS evita que barreiras econômicas restrinjam o acesso, entretanto outros fatores como o custo com transporte podem ser uma barreira para pessoas menos favorecidas, piorando a equidade dos serviços.

Para Mendes (2014), na concepção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, a APS é responsável pela articulação com a população, sendo a APS, os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas logísticos, de apoio e de governança, componentes estruturais transversais das RAS.

Deste modo, deve-se atentar para a distribuição geográfica dos serviços de referência. Jorge et al (2010) descrevem a implantação de Centros de Especialidades Médicas (CEMs) regionalizados por distritos em Belo Horizonte, como uma das soluções encontradas para otimizar a utilização de recursos, melhorar o acesso da população às especialidades com maior demanda (e.g. cardiologia, ortopedia e endocrinologia, etc), além de estreitar a relação entre os gestores locais, especialistas e profissionais da APS.

Almeida (2010) afirma que a implantação de centros municipais de especialidades reduz as barreiras de acesso, uma vez que possibilita a existência de procedimentos especializados distribuídos de maneira mais oportuna. No entanto, Travassos (1997) afirma

que a política redistributiva que leve a uma maior equidade geográfica é uma etapa importante para melhoria do acesso, porém não garante igualdade de acesso isoladamente.

Conforme já apontado, a rede de saúde do município do Rio de Janeiro, caracteriza-se por importante fragmentação dos serviços, o que dificulta bastante a coordenação assistencial, já que esta depende da articulação entre os diversos níveis de atendimento (Almeida et al, 2010). Houve uma descentralização da oferta de serviços especializados no município do Rio de Janeiro, no entanto decorreu principalmente da compra de serviços a prestadores privados, de modo que o distanciamento gerencial permaneceu, aumentando a fragmentação.

Segundo Mendes (2014), uma regulação assistencial eficaz objetiva a garantia da atenção no lugar, tempo, custo e qualidade certos. Afirmar ainda que a gestão de base populacional seria uma alternativa de equilíbrio e racionalização da demanda e da oferta. Uma vez que notamos ao longo do período avaliado uma discrepância importante entre tempos de espera entre as especialidades descritas no presente estudo ao longo do período, pode-se supor que não há uma oferta de serviços planejada com base populacional a partir das necessidades. Se isto ocorresse se observariam tempos menores de espera para os procedimentos mais necessários, como no caso estudado se observa para obstetrícia, porém não para os pacientes de oftalmologia- vermelho, com postergação de uma avaliação, o que pode incorrer em incapacidade (e.g. suspeita de glaucoma).

Uma possibilidade para o município do Rio de Janeiro seria ofertar os procedimentos ambulatoriais com maiores tempos de espera em policlínicas distritais por AP (área programática), de modo a possibilitar ao regulador agendar os pacientes menos complexos de acordo com sua moradia, reduzindo custos, tempos de espera e insatisfação, além de permitir uma proximidade entre os serviços, melhorando a coordenação do cuidado e a comunicação entre os profissionais da APS e especialistas, o que pode contribuir para a melhoria do cuidado na própria atenção primária (Almeida, 2010).

A redução dos tempos de espera para atenção especializada está também relacionada com a melhoria da resolutividade da APS, qualificação das solicitações e com a investigação diagnóstica iniciada na APS. Conill et al. (2011) apontam que em Madri a medida considerada de maior êxito para melhorar a resolubilidade da APS foi o aumento da variedade de provas diagnósticas que podem ser solicitadas diretamente pelo médico de família e que ao aumentar-se a resolutividade da APS parece haver redução da utilização inadequada dos serviços de especialidades, reduzindo tempos de espera.

Por outro lado Jorge et al. (2010) afirmam que a regulação do setor saúde envolve diferentes interesses (gestores, prestadores, mercado, usuários, planos de saúde, etc), e referem um novo ator que mais recentemente tem interferido na regulação/coordenação assistencial- o judiciário. Atualmente, no município do Rio de Janeiro, existe um fluxo preferencial exclusivo para casos de ordem judicial que não necessariamente leva em consideração a gravidade do caso e interfere na ordenação das listas. Marques (2008) constata que deve haver melhora do debate sobre as ações judiciais relativas a saúde para garantir que o direito à saúde seja efetivamente integral, universal e equânime. Uma vez que no município estudado não há uma discussão transparente estabelecida a esse respeito, a equidade não é respeitada quando as ordens judiciais são prontamente acatadas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na análise das mudanças implementadas ao longo do período, e na revisão de literatura a respeito do tema, pode-se sintetizar os principais avanços observados, os desafios que ainda se apresentam e possíveis estratégias para alcançar melhores resultados no que diz respeito à regulação assistencial como forma de produzir equidade no acesso aos serviços de saúde no município do Rio de Janeiro.

No presente estudo, os avanços identificados na regulação assistencial ambulatorial no município do Rio de Janeiro, foram:

- Implantação do SISREG como principal ferramenta da regulação assistencial ambulatorial no município;
- Estabelecimento, revisão, divulgação e pactuação de novos fluxos e protocolos para solicitantes e reguladores, em comunicação com os serviços de referência;
- Expansão da APS no município, de modo a aumentar o acesso de mais cidadãos aos serviços de saúde básicos;
- Territorialização do município, através de georreferenciação, de modo que cada endereço seja relacionado a um estabelecimento de APS (maior responsabilização das equipes), seja saúde da família ou centro municipal de saúde através do link <http://www.subpav.org/ondeseratendido/>);
- Descentralização da regulação dos procedimentos especializados para a APS, por meio de atribuição da função de regulação aos médicos responsáveis técnicos do município;
- Redução dos tempos médios de espera para consulta em oftalmologia geral, consulta em obstetrícia-alto risco geral e mamografia bilateral- rastreamento.

Apesar de todo o esforço na melhora do processo regulatório, persistem alguns entraves para a melhora da equidade no acesso aos serviços especializados no município do Rio de Janeiro. Importante identificá-los, para facilitar a busca pelas soluções:

- Inadequação da oferta de vagas disponíveis, sem base na real necessidade da população assistida, havendo um descompasso entre a oferta e a demanda de vagas;
- Insuficiente negociação /regulamentação dos prestadores privados, com oferta de vagas excessivas em procedimentos mais lucrativos e ausência da participação

complementar em procedimentos menos atraentes (por exemplo cirurgia de catarata x consulta de oftalmologia);

- Baixa fiscalização dos serviços prestados, com a maior parte do controle sendo de caráter contábil;
- Baixa integração com os prestadores públicos de nível estadual e federal, que disponibilizam apenas uma parcela das vagas existentes para regulação, dificultando a gestão dos tempos de espera e melhoria do acesso ao atendimento especializado;
- Persistência de diferentes modos de acessar outros níveis de atendimento sem necessidade de regulação via APS, ainda que tenha havido grande redução dos fluxos alternativos de acesso aos serviços especializados;
- Baixo investimento na aproximação da APS com os especialistas, gerando fragmentação da rede e menor coordenação do cuidado, com número pequeno de contra-referências adequadamente preenchidas;
- Insuficiente regionalização dos serviços especializados, dificultando o acesso dos usuários de áreas periféricas.

A partir da análise dos achados no presente estudo e das experiências relatadas na literatura, pode-se recomendar para melhoria da regulação e acesso aos serviços especializados, no município do Rio de Janeiro:

- Capacitação das equipes da APS quanto à responsabilização e coordenação do cuidado, de modo a garantir a integralidade da assistência, ainda que para tal seja também necessário a redução do número de usuários vinculados a cada equipe;
- Promoção de pesquisas que permitam um diagnóstico mais preciso sobre as listas de espera no município do Rio de Janeiro, como tempos ocultos de espera, causas de absenteísmo, mapeamento da oferta de serviços secundários por AP, estudo do itinerário terapêutico, etc;
- Criação de policlínicas municipais em cada área programática, com as especialidades que apresentem maiores tempos médios de espera, bem como as especialidades com maior taxa de encaminhamentos, como: oftalmologia, ortopedia, cardiologia e angiologia, entre outros;
- Realização de encontros clínicos entre os médicos da APS e especialistas, de modo a construir fluxos, eximir dúvidas, discutir casos, melhorando a coordenação do cuidado e aumentando a autonomia dos médicos da APS, bem como estreitando as relações na rede e legitimando o trabalho da APS;

- Maior regulamentação dos contratos com prestadores particulares, desenvolvendo estratégias para oferta de procedimentos mais adequados para a real necessidade da população do município;
- Melhora da gestão dos leitos disponíveis para cirurgias eletivas, através de melhoria da gestão e incentivos aos especialistas, de modo a aumentar a resolutividade e reduzir o tempo de espera por cirurgias;
- Incentivar as equipes de APS ao uso de telemedicina e do apoio matricial como forma de aumentar autonomia e resolutividade da atenção básica.

O presente estudo objetivou analisar os efeitos da descentralização da regulação assistencial ambulatorial para os profissionais da APS ocorrida em junho/julho de 2012 no município do Rio de Janeiro na qualidade da regulação e tempos de espera para a atenção especializada entre 2011 e 2013. Haja vista o ineditismo desta iniciativa em nosso meio, pode-se apontar potencialidades e limites desse modelo de regulação.

Observou-se melhora na qualidade da regulação pelos parâmetros analisados, sugerindo melhor coordenação do cuidado a partir da APS. Os efeitos nos tempos de espera foram diferenciados conforme o tipo de procedimento, condicionado pela disponibilidade de oferta.

Filas de espera são uma realidade em diversos países com sistema de saúde público e universal. O problema não é o tamanho da fila em si, mas a porcentagem de pessoas que esperam um tempo considerado excessivo para aquela necessidade. Políticas para redução dos tempos de espera devem contemplar diversas estratégias, incluindo o aumento da oferta dos procedimentos, seja por melhora da gestão e aumento do número de vagas ou incentivos financeiros para atingir metas específicas de tempos de espera, estratégias para garantir a equidade das filas, organização de fluxos e redução da demanda desnecessária (Hurst e Siciliani, 2003; Willcox et al., 2007 e Conill et al., 2011).

A descentralização da regulação assistencial ambulatorial para a APS em conjunto com outras estratégias teve efeitos positivos na melhoria do acesso à atenção especializada. Todavia esses efeitos tendem a ser transitórios se a oferta de serviços especializados não estiver articulada e em equilíbrio com a demanda/ necessidade da APS/ população. O processo de regulação deve ser constantemente reavaliado e políticas de redução dos tempos de espera para a atenção especializada necessitam permanecer uma prioridade da gestão, para que o SUS no município do Rio de Janeiro torne-se de fato universal, equânime e integral.

É necessário buscar novas perspectivas de responsabilização da APS e de aproximação dos prestadores dos diversos níveis para a coordenação do cuidado de modo que a regulação assistencial torne-se um instrumento de melhoria da equidade e não mais uma barreira ao acesso dos usuários.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad. Saúde Pública. 2010; 26 (2): 286-298.

Assis MMA, Jesus WLA. A gestão do fluxo assistencial regulado no Sistema Único de Saúde - SUS. Ciência e Saúde Coletiva. 2012;17(11):2865-75.

Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A Regulação Assistencial e a Produção do Cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. Cad Saúde Pública. 2011;27(2):295-304.

Barbieri AR, Hortale VA. Relações entre regulação e controle na reforma administrativa e suas implicações no sistema de saúde brasileiro. Revista de Administração Pública. 2002;36(2):181-93.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 35 ed. São Paulo: Ed. Saraiva; 1988.

Brasil. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.

Brasil. Regionalização da assistência a saúde: aprofundamento a descentralização com equidade no acesso. 2 ed. Brasília: Revista Atual; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Brasil. Referência e Contra-referência. 2011. [acesso em 15 de novembro de 2013]; Disponível em: [Http://Www.Redehumanizasus.Net/Glossary/Term/131](http://Www.Redehumanizasus.Net/Glossary/Term/131).

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2011. 223 p. Disponível em: http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_4.pdf

Cecilio LCO. As necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, editors. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado da saúde. Rio de Janeiro: IMS Abrasco; 2001p. 113-26.

CONASS. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2007. 232p.

Conill EM. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1417-23.

Conill, EM. Giovanella, L. Almeida, PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. Ciência & Saúde Coletiva, 16(6):2783-2794, 2011

Dias, M P. Estratégias de coordenação entre a atenção primária e secundária à saúde no município de Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012

Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. III Capacitação para melhoria da qualidade da assistência dos serviços de atenção especializada municipais do RN; 2013; Natal, RN. 2013.

Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate. 2002;26(6):37-61.

Harrison A, Appleby J. Reducing waiting times for hospital treatment: lessons from the English NHS. J Health Serv Res Policy. 2009 Jul;14(3):168-73. doi: 10.1258/jhsrp.2008.008118.

Harzheim E, Lima KM, Hauser L. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das clínicas da família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre: UFRGS; 2013

Hurst J, Siciliani L. Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. DELSA/ELSA/WD/HEA(2003)6

Jorge et al. In Magalhães Júnior, Helvécio M. Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010. Cap 2.

Kreindler AS. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international. British Medical Bulletin Advance Access published May 10, 2010; 1-26.

Marques SB. Judicialização Do Direito À Saúde. Revista de Direito Sanitário, São Paulo v. 9, n. 2 p. 65-72 Jul./Out. 2008

Martins GM. Monitoramento do Conhecimento e Aplicação do Sistema de Regulação e Identificação do Usuário para Mastologia Oncológica no Município do Rio de Janeiro — Rio de Janeiro: ABRAPAC, 2011.

Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, editors. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS Abrasco; 2001. p. 39-64.

Médici A. Integralidade da Assistência: a questão do direito individual e as escolhas em nome do coletivo. Classade; São Paulo, 2009. [acesso em 25 de novembro de 2013]; Disponível em: http://www.ibedess.org.br/imagens/biblioteca/406_Andre%20Medici.pdf

Mendes EV. Comentários Sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. Divulgação em Debate para a Saúde. Rio de Janeiro. N. 52, p.38-49, out/2014.

Mendonça CS, Reis AT, Moraes JC. A política regulação do Brasil. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde; 2006.116p.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.268, de 6 de novembro de 2013. Redefine o cadastramento das Centrais de Regulação do Acesso no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Diário Oficial União. 07 nov 2013;Seção 2:5.

Oliveira NA. A integralidade da saúde e o direito sanitário no contexto do município: desafios e possibilidades. 2010 [acesso em 12 de fevereiro de 2014]; Disponível em: blogs.bvsalud.org/ds/2010/02/12/a-integralidade-da-saude-e-o-direito-sanitario-no-contexto-do-municipio-desafios-e-possibilidades/.

Oliveira RR, Elias PEM. Conceitos de Regulação em Saúde no Brasil. Rev Saúde Pública 2012;46(3):571-6.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca. Genebra: OMS, 2008.

OPAS. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas: Documento de posicionamento da Organização Pan-americana da Saúde. Washington, DC: Organização Pan-americana de Saúde; 2007. 44p.

OPAS. A atenção a saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde; 2010. 115p.

Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, Duarte MLC, Sousa J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2007;9(3):835-46.

Ribeiro MCSA, Barata, RB. In Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2ªEd. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. Cap 11. Condições de Saúde da População Brasileira, p.143-182

Solla J, Chioro A. In Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. 2ªEd. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013. Atenção Ambulatorial Especializada Cap 17. p. 547-576

Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro. Anexo técnico II do contrato de gestão: acompanhamento do contrato, avaliação e metas para os serviços de saúde. Disponível em http://www.saudedafamilia.org/transparencia/contratos_gestao/cg_parelheiros/contrato_gestao_sms-sp_001-2014-sms-ntcss.pdf. Acessado em 08 de novembro de 2014.

Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Atenção ao Pré-Natal. Rotinas para gestantes de baixo risco. Versão profissionais. 1 edição. 2013.

Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. Cad Saúde Pública. 1997;13(2):325-30.

Tronto IFB, et al. Business intelligence; inteligência de negócios. São Paulo, 2003. Disponível em: <http://hermes2.dpi.inpe.br:1905/col/lac.inpe.br/worcap/2003/10.31.15.48/doc/artigoworkap3.pdf>. acessado em 12 de dezembro de 2014

Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A Regulação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais. *Saúde em Debate*. 2012;36(95):640-7.

World Health Organization. The World Health Report 2008. Primary Health Care (now more than ever). Geneva: WHO; 2008.

Willcox S, Seddon M, Dunn S, Edwards RT, Pearse J, Tu JV. Measuring and reducing waiting times: a cross-national comparison of strategies. *Health Aff (Millwood)* 2007; 26(4):1078-1087.