

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Larissa Cristina Terrezo Machado

Dimensões da Governança Clínica na Atenção Primária à Saúde: as contribuições
do médico responsável técnico no Município do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2020

Larissa Cristina Terrezo Machado

Dimensões da Governança Clínica na Atenção Primária à Saúde: as contribuições do médico responsável técnico no Município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Elyne Montenegro Engstrom.

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: **Dimensions of Clinical Governance in Primary Health Care**: the contributions of the technical responsible physician in the city of Rio de Janeiro

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

M149d Machado, Larissa Cristina Terzezo.
Dimensões da governança clínica na atenção primária à saúde: as contribuições do médico responsável técnico no município do Rio de Janeiro / Larissa Cristina Terzezo Machado. -- 2020.
128 f. : il. color. ; mapas

Orientadora: Elyne Montenegro Engstrom.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Melhoria de Qualidade.
3. Governança Clínica. 4. Assistência à Saúde. 5. Trabalho. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.1

Larissa Cristina Terrezo Machado

Dimensões da Governança Clínica na Atenção Primária à Saúde: as contribuições do médico responsável técnico no Município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 09 de outubro de 2020.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Licelma Amanda Cavada Fehn
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Vanessa Costa e Silva
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.^a Dr.^a Elyne Montenegro Engstrom (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2020

AGRADECIMENTOS

Não cheguei aqui sozinha. Que se eternize nessas páginas a minha gratidão àqueles que foram fundamentais para conclusão desse trabalho.

Aos meus pais, Leila e Felipe, por todo o apoio em todos os momentos de minha vida e pelo incentivo em todas as etapas de minha formação profissional.

Ao Humberto, meu companheiro de tantos desafios e aprendizados, com quem tenho a alegria de dividir paixões, sonhos, medos e uma família linda.

À Maria Cecília, minha filha, que ainda tão pequena, me estimula todos os dias a ser uma pessoa melhor.

Ao Antônio, meu filho, que nasceu em meio a todo o processo, como um alento, para me lembrar que sempre há motivos para ser feliz.

Ao Olivan, primeiro mestre, que se tornou um amigo cuidadoso e um grande incentivador.

À Ana Helena e Marcia, que nunca permitiram que eu deixasse de acreditar em mim.

À turma do MPAPS, amigos de luta pelo SUS e que, sem que percebam, representam um potente colégio invisível, seja nas aulas, seja nas mesas do Amorim.

Aos professores do curso de MPAPS, por todos os ensinamentos acadêmicos, despertando visões de mundo que certamente levarei para toda a vida.

Aos profissionais que colaboraram solícitamente com o estudo.

À Elyne, minha carinhosa orientadora, pelo cuidado e gentileza durante todo o processo de orientação.

[...] Systems awareness and systems design are important for health professionals, but they are not enough. They are enabling mechanisms only. It is the ethical dimensions of individuals that are essential to a system's success. Ultimately, the secret of quality is love. You have to love your patient, you have to love your profession, you have to love your God. If you have love, you can then work backward to monitor and improve the system [...].

DONABEDIAN, 2001, p.137-41.

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar as práticas clínico-gerenciais desenvolvidas pelos médicos responsáveis técnicos (RT) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS. Para compreender o contexto de implantação do cargo RT relacionado às mudanças no modelo de atenção e gestão ocorridas no Município do Rio de Janeiro no período de 2009-2016, adotou-se como referencial teórico a Governança Clínica. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, com desenho de estudo de caso, com múltiplas fontes de dados: análise de documentos (n=18) relacionados à criação do cargo e coleta de dados primários, por meio de entrevistas com informantes-chave (n=4), entre eles gestores municipais e lideranças ligadas ao Conselho médicos; e médicos que atuavam como RT em uma área da cidade (n=5). Realizou-se análise temática de conteúdo, como as seguintes etapas: i) a compreensão do contexto gerencial e marcos temporais legais da implantação do cargo de médico RT; ii) as atribuições do médico responsável técnico no cotidiano do trabalho, pela ótica desses profissionais: com as seguintes categorias: gestão, monitoramento clínico, segurança, educação, promoção da qualidade, responsabilidade e dimensão sistêmica, assim como as condições limitantes e facilitadoras deste exercício. Como resultados, evidenciou-se que a implantação do cargo se deu como iniciativa da gestão municipal em posicionar a APS na condução da rede de atenção à saúde, com papel de regulador dos encaminhamentos para outros níveis de atenção. Os entrevistados relataram experiências em diversas áreas que potencializaram as dimensões da Governança Clínica. Reafirmaram ainda, o pressuposto do estudo, de que o RT tinha um papel de liderança local inovador e singular no contexto estudado, contribuindo para a melhoria da qualidade, sobretudo no âmbito dos processos de trabalho. Conclui-se que ainda há desafios para consolidação destas atribuições, sendo necessário avançar na institucionalização do cargo e em processos formativos técnico-gerenciais.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde, Melhoria da Qualidade, Governança Clínica, Cuidado, Trabalho em Saúde.

ABSTRACT

The aim of the study was to analyze the clinical-managerial practices developed by the technical responsible (TR) physicians in the scope of Primary Health Care (PHC) at SUS. In order to understand the context of the implementation of the TR position related to the changes in the model of care and management that happened in the city of Rio de Janeiro in the period of 2009-2016, Clinical Governance was adopted as a conceptual and theoretical reference. This is a qualitative approach study, with case study design, with multiple data sources: analysis of documents (n=18) related to the creation of the position and primary data collection, through interviews with key informants (n=4), among them municipal managers and leaders linked to the Medical Council; and physicians who acted as TR in an health district of the city (n=5): i) the understanding of the managerial context and the legal timeframes for the implementation of the position of physician TR; ii) the role of the physician in charge of the daily work, from the perspective of these professionals: with the following categories: management, clinical monitoring, safety, education, promotion of quality, responsibility and systemic dimension, as well as enablers and barriers of the TR's practice. The results showed that the implementation of the TR position was an initiative of municipal management to put PHC in the coordination of the health care network, with the role of regulator of referrals to other levels of care. The interviewees reported experiences in several areas that enhanced the dimensions of Clinical Governance. They also reaffirmed the study's assumption that the network had an innovative and unique local leadership role in the studied context, contributing to quality improvement, especially in the work process. In conclusion, there are still challenges to consolidate these attributions, being necessary the advance in the institutionalization of the position and in technical-managerial formative processes.

Keywords: Primary Health Care, Quality Improvement, Clinical Governance, Care, Health Work.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Elementos da Governança Clínica por Nigel Starey.....	23
Figura 2 - Mapa Conceitual da Governança Clínica.....	24
Figura 3 - Áreas Programáticas da cidade do Rio de Janeiro.....	33
Figura 4 - Marcos temporal da implantação do cargo de RT.....	45
Figura 5 - Representação da variação da adoção de modelos de gestão pelos diferentes atores da APS.....	55
Quadro 1 - Resumo das fontes de dados do estudo.....	38
Quadro 2 - Sistematização das normativas relacionadas à implantação do cargo de médico responsável técnico, segundo instituição e ano de publicação.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP	Área de Planejamento
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Coordenadoria Geral de Atenção Primária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Clínica da Família
CFM	Conselho Federal de Medicina
CMS	Centro Municipal de Saúde
CREMERJ	Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GC	Governança Clínica
IDS	Índice de Desenvolvimento Social
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MRJ	Município do Rio de Janeiro
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NHS	National Health System
OSS	Organização Social de Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCAPS	Reforma dos cuidados em Atenção Primária à Saúde
RMFC	Residência em Medicina de Família e Comunidade
RT	Responsável Técnico
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSRJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUBPAV	Subsecretaria Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	OBJETIVO GERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	20
3.1	QUALIDADE EM SAÚDE.....	20
3.1.1	Melhoria da qualidade do cuidado em saúde e Governança Clínica...	22
3.2	A REFORMA DA APS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E O MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO.....	25
4	METODOLOGIA.....	30
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	30
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	32
4.3	FONTES DE DADOS, CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS DOCUMENTOS E PARTICIPANTES, E ESTRATÉGIAS DE SELEÇÃO.....	35
4.3.1	1ª etapa do estudo: compreensão do contexto de implantação.....	35
4.3.2	2ª etapa: análise das atribuições do cargo na voz dos RTs e fatores que interferem em sua atuação.....	36
4.3.2.1	Execução das entrevistas.....	37
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	38
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.1	CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO DO CARGO DO MÉDICO RT.....	40
5.2	AS ATRIBUIÇÕES DOS MÉDICOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DA APS.....	50
5.2.1	Gestão.....	51
5.2.1.1	Cogestão.....	51
5.2.1.2	Gestão de processos.....	55
5.2.1.3	Gestão de pessoas.....	57
5.2.2	Segurança.....	57
5.2.3	Monitoramento clínico.....	58

5.2.3.1	Auditoria clínica.....	59
5.2.3.2	Vigilância em saúde.....	61
5.2.4	Educação.....	62
5.2.5	Responsabilidade.....	63
5.2.6	Promoção da qualidade.....	65
5.2.7	Dimensão sistêmica.....	65
5.3	CONDIÇÕES QUE INFLUENCIAM NO TRABALHO DO MÉDICO RT.....	66
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
	REFERÊNCIAS.....	81
	APÊNDICES.....	89
	ANEXOS.....	99

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS), estruturada em uma perspectiva integral e abrangente, é reconhecida como componente estruturante dos sistemas de saúde em diversos países, capaz de gerar grande impacto na saúde das populações e indivíduos e reduzir as iniquidades, especialmente em sistemas públicos e universais, assim como reduzir internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial e levar à maior satisfação do usuário do sistema de saúde (OPAS, 2011).

A APS define-se tanto como um nível de atenção quanto como um modelo de prática clínico-assistencial, e tem seus eixos estruturantes definidos por Starfield (2002), designados como *atributos essenciais* (longitudinalidade, acesso, integralidade e coordenação do cuidado); e *atributos derivados* (competência cultural, orientação familiar e comunitária). Desde as últimas décadas do século XX, tais atributos foram incorporados ao modelo brasileiro com a formulação de políticas públicas relacionadas à APS, de forma a torná-la abrangente, integral e efetiva no primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, responsável pelo cuidado integral dos indivíduos e suas famílias por um longo período de suas vidas, com capacidade de resolver grande parte das queixas e coordenar o itinerário dos usuários pela Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2006, 2011a).

Essa reorganização do modelo assistencial no Brasil se deu por meio da criação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) por volta de 1998, que deixou de ser um programa focalizado de governo como concebido em 1994, para ser uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016; ESCOREL *et al.*, 2007). Por meio de mecanismos financeiros indutores, entre eles o Piso da Atenção Básica variável e o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o país atingiu em junho de 2020 cerca de 63% de cobertura da ESF na população (BRASIL, 2011b). Contudo, a expansão da ESF foi heterogênea no território brasileiro, havendo diferenças regionais e complexidades na implantação nas regiões como o Sudeste e os grandes centros urbanos.

Dificuldades em adoção do modelo de APS centrado na ESF estiveram presentes no município do Rio de Janeiro (MRJ), grande metrópole do Sudeste, embora houvesse nessa cidade um longo histórico de movimentos sanitários que adotavam formas distintas de organização e estruturas para as unidades de atenção básica de saúde.

Até o ano de 2008, a cidade do Rio de Janeiro encontrava-se com uma cobertura

populacional de ESF de 3,5%, a mais baixa dentre as capitais brasileiras, além de deter o menor financiamento público municipal em saúde e indicadores sanitários insatisfatórios (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016; SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). Iniciou-se em 2009 uma importante mudança na gestão pública da saúde buscando-se a reestruturação da APS com forte estímulo à adoção da ESF em um novo modelo gerencial baseado em parcerias público-privadas na atenção básica por meio das Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Tais mudanças, nos modelos de atenção e de gestão, compuseram o que foi denominado como “Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde” (RCAPS) pelos autores Giovanella e Pinto (2018), Soranz, Pinto e Penna (2016). Essa reestruturação que foi implementada no Rio de Janeiro dispôs de várias frentes de trabalho, uma vez que era evidente que havia múltiplos problemas em diversas dimensões da qualidade, como padrões inaceitáveis de infraestrutura das unidades, financiamento, provimento de recursos humanos, entre outros. Como resultado desse processo, houve incremento da cobertura potencial da Atenção Básica na população carioca para 68,62%, dos quais quase 60% com equipes de saúde da família, em dezembro de 2016 (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Tais percentuais, em decorrência de mudanças político-organizacionais da atual gestão municipal, entra em decréscimo a partir de 2017, reduzindo-se para 47,36% de cobertura populacional por atenção básica, com menos de 40% representado por ESF, em junho de 2020.¹

Para além da expansão da ESF e ampliação do acesso, que resultou em 1.116 equipes de saúde da família ao final de 2016, ano de sua conclusão, a RCAPS na cidade visava ainda a melhoria da qualidade da atenção. A qualidade de um serviço ou de um sistema de saúde pode ser avaliada pelo modelo conceitual, conhecido como a Tríade Donabedian, evidenciando que as informações podem ser extraídas de três categorias: “estrutura”, “processo” e “resultado” (DONABEDIAN, 1988; PORTELA, 2000). A “estrutura” inclui os recursos materiais (instalações, equipamentos e financiamento) e recursos humanos, bem como os arranjos organizacionais. O “processo” está ligado às atividades desenvolvidas, tanto por profissionais quanto por usuários, assim como a interação entre ambos. Os “resultados” denotam os efeitos do cuidado no estado de saúde das pessoas, o que pode incluir mudanças de comportamento dos usuários e o

¹ Informação obtida no Ministério da Saúde, disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso: 29/08/2020.

conhecimento sobre sua saúde/doença (DONABEDIAN, 1988).

Boas condições relacionadas à estrutura dos serviços, aumentariam a probabilidade de processos mais organizados, que, por sua vez, aumentariam as chances de resultados favoráveis de diversas naturezas (DONABEDIAN, 1988). De certa forma, essa lógica norteou a RCAPS carioca que investiu: (i) na criação de UBS mais modernas e equipadas, com um novo padrão estrutural, chamadas de Clínicas da Família; (ii) em mudanças administrativas e organizacionais; (iii) no aumento de investimentos financeiros; (iv) na contratação de profissionais e (v) na adoção e monitoramento de indicadores de desempenho, que na ocasião estavam relacionados ao pagamento por performance

Outra iniciativa foi a ampliação e normatização do escopo de ações e serviços mínimos que deveriam ser ofertados em todas as unidades básicas de saúde (UBS), denominada “Carteira de Serviços da APS” (OPAS, 2013; SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

No campo do “processo”, foram realizados seminários de acompanhamento de indicadores e prestação de contas (*accountability*) pelas unidades, para ampliar diálogo e transparência de resultados junto à comunidade. Ainda foi possível, por exemplo, constatar a utilização da produção técnica-científica para apoio à tomada de decisões através da confecção de protocolos clínicos municipais baseados nas melhores evidências científicas vigentes, além do incentivo à qualificação profissional por meio de cursos de pós-graduação em saúde pública e residências com ênfase em saúde da família (SORANZ, 2016).

A RCAPS procurou, em seus referenciais, seguir os pressupostos para uma APS integral, estruturada nos atributos essenciais propostos por STARFIELD (2002). Um dos aspectos particulares dessa reforma foi a opção por descentralizar a responsabilidade pela regulação de vagas para serviços especializados para usuários das UBS, sendo fornecido acesso como regulador no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) aos médicos da APS. Dessa forma, o médico da APS funcionava como uma espécie de “*gatekeeper*” da Rede, a exemplo do que ocorre no modelo inglês do *National Health System* (NHS), o que sem dúvida, visava a fortalecer o atributo de “coordenação do cuidado pela APS” (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016; SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Alguns dos resultados da RCAPS foram evidenciados por meio do monitoramento de indicadores estabelecidos nos contratos de gestão para cada esfera de responsabilidade, quais sejam, as Organizações Sociais, as unidades de saúde e as equipes de saúde. Tal

monitoramento é realizado por meio do Painel de Indicadores (COSTA E SILVA, 2014).

Em sintonia ao citado anteriormente, cabe destacar que, ainda no contexto do aprimoramento do desempenho profissional, foi criado no MRJ em 2012, um cargo para médicos lotados e atuantes nas UBSs, com implicação inicial nesse papel de regulação de encaminhamentos à atenção secundária; tal profissional foi intitulado como “Médico Responsável Técnico” (RT). O médico RT acumulava ainda outras tarefas, como, por exemplo, ser assistencialmente responsável pelos pacientes de sua área adstrita ou exercer a preceptoría de residentes de medicina de família e comunidade inseridos nessas equipes.

Do mesmo modo, no escopo da reforma, em 2010 é criado o cargo de gerente da UBS, que teria atribuições administrativas e técnicas, responsável pela gestão do trabalho na unidade (MAFFEI, 2011). Esse cargo, alguns anos mais tarde, foi reconhecido como uma possibilidade à nível nacional, quando passa a contemplar a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada em 2017 (BRASIL, 2017).

A coordenação do cuidado tem a capacidade de potencializar a integralidade do cuidado, articulando os diferentes pontos do sistema, mantendo no nível da APS aquelas situações com possibilidade de resolução nesse nível de atenção. O papel de regular o itinerário terapêutico dos usuários desempenhado pelo médico RT da APS poderia garantir um olhar atento aos usuários, avaliando alternativas terapêuticas mais adequadas e organizando o fluxo dos usuários na rede de atenção. Desse modo, pode-se considerar que o papel atribuído ao RT, de regular referências e acesso de usuários da APS aos serviços de média/alta complexidade (papel “*gatekeeper*”) seria potente para melhoria da qualidade dos serviços, uma vez que este médico se responsabilizava pela implementação de protocolos clínicos e de regulação pactuados, procurava agir com equidade, evitando iatrogenias, encaminhamentos e exames desnecessários, e por fim, aumentava a eficiência e maior economicidade de recursos (SANTOS; GIOVANELLA, 2016)

A concepção da RCAPS carioca inspirou-se na experiência de outros países e nos referenciais da Governança Clínica (GC), uma valiosa ferramenta para que instituições de saúde busquem a melhoria contínua dos serviços prestados. Tal referencial valoriza a reformulação das práticas profissionais por meio da produção de diretrizes locais, como instrumento educativo e de incentivo à efetividade clínica, fomento à auditoria clínica e à transparência nos resultados, utilizando-se de seminários de prestação de contas (*accountability*), entre outras iniciativas. A instituição do médico RT no contexto do MRJ potencializaria a modificação de processos e a melhoria do desempenho profissional relacionando as mudanças paradigmáticas ocorridas no município aos princípios da

governança.

A GC é uma expressão polissêmica, cuja definição central está associada “à promoção contínua da qualidade, assegurando elevados padrões de cuidado e criando ambiente voltado à excelência clínica” (GOMES *et al.*, 2015; SCALLY; DONALDSON, 1998). Esta ferramenta estruturou a base de outras importantes reformas, como as que ocorreram no Reino Unido e, mais recentemente, em Portugal (CARRAPIÇO; RAMIRES; RAMOS, 2017; SORANZ; PINTO; PENNA, 2016; SORANZ; PISCO, 2017), que têm como uma de suas inovações o fomento à governança local por equipes e profissionais destinados à essa função.

Mesmo considerando que o trabalho na ESF é de natureza multidisciplinar, em equipes, pode-se considerar que o médico responsável técnico tinha papel estratégico, de liderança clínica, no desenvolvimento da Melhoria da Qualidade nos serviços de saúde. Apesar de reconhecer que a dinâmica do trabalho em equipe é de suma importância para a APS, esta pesquisa estava implicada em estudar especialmente o papel do médico RT e sua contribuição para a melhoria da qualidade em saúde, não excluindo uma compreensão de importância de sua prática de forma mais ampliada, na lógica do trabalho multiprofissional.

Em particular, no cenário da APS, este profissional foi reconhecido por sua atuação em atividades como a auditoria clínica, a regulação descentralizada, o monitoramento fila de espera e formação permanente da equipe de saúde com preocupação da utilização de fontes de medicina baseada em evidências. Tais atividades tinham potencial capacidade de interferir na melhoria da qualidade de inúmeros processos (DONABEDIAN, 1988), etapa importante para melhoria de desempenho e resultados mais efetivos.

Uma das questões percebidas foi a de que as atribuições do médico RT foram desenvolvidas no cotidiano de suas práticas, e não no ato de criação do cargo. As normativas acerca de suas funções foram incipientes para definir as atividades designadas ao responsável técnico da APS. A falta de clareza sobre as mesmas parece ter contribuído para uma diversidade de atuações individuais.

O alinhamento de expectativas, tanto do profissional, quanto da equipe, do gestor local e do gestor municipal, acerca do trabalho a ser desempenhado pelo RT parecia ser um outro nó crítico. Havia uma potencialidade agregada ao cargo, uma vez que esse médico deveria ser exemplar em termos de resolutividade e conhecimento técnico, além de comportar-se como um líder a fomentar uma cultura de melhoria em sua unidade de

saúde. Em combinação com o acréscimo salarial recebido pela função, aguçaram-se anseios em relação aos resultados obtidos a partir da ação direta do RT.

Outra percepção foi a de que a formação ou treinamento para o cargo, considerando-se o médico RT como parte da gestão local, não foi priorizada pelo município, limitando a utilização de ferramentas gerenciais pelo profissional. A titulação de Médico de Família e Comunidade era desejável, porém se considerava nomear RTs sem essa formação pela escassez de especialistas em muitas localidades.

Tendo em vista que a experiência do município do Rio de Janeiro parece ser singular e inovadora, estando presente a figura do médico responsável técnico como uma das estratégias utilizadas para a melhoria da qualidade, fez-se necessário resgatar e entender o processo histórico temporal de sua implantação, atrelado ao contexto na perspectiva dos gestores envolvidos. Na ausência de normativas claras, e também justificada pelo interesse de se conhecer dificuldades e potencialidades para a intervenção por tais atores, buscou-se compreender quais seriam as suas atribuições no âmbito da melhoria da qualidade na esfera local.

Esta pesquisa ergueu-se em decorrência das inquietações que surgiram ao longo da minha vivência profissional na APS. Dentre os fatores que me levaram ao estudo sobre a Governança Clínica como elemento para a Melhoria da Qualidade dos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), destacou-se a experiência de trabalhar em diferentes cenários de gestão, seja no âmbito de uma unidade de saúde, seja em um núcleo descentralizado da Secretaria Municipal de Saúde, seguramente foi o mais importante deles.

Entre os anos de 2013 e 2015 fui preceptora do programa de Residência de Medicina e Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Nas duas unidades nas quais trabalhei, tive a oportunidade de também atuar como responsável técnica (RT) médica. Além da já revelada necessidade de ser reguladora, realizando a auditoria dos encaminhamentos para outros níveis de atenção e das solicitações de exames feitos pelos médicos daquelas unidades, não havia clareza em relação ao restante das atribuições referentes ao cargo. Enquanto preceptora, direcionava os compromissos referentes à responsabilidade técnica para o campo da docência, através do estabelecimento de espaços para educação continuada de profissionais daquela unidade. Outras implicações se deram por meio do envolvimento com os processos de trabalho da unidade, como, por exemplo, a garantia de acesso pelas equipes, organização de salas e insumos, escopo de trabalho construído de forma intuitiva, muitas vezes

empírica, e com a colaboração de alguns pares.

Em 2016, assumi um cargo novo na gestão, cuja finalidade era atuar como apoio institucional para gerentes e médicos das unidades de uma determinada área programática do município do RJ. Durante os quase 3 anos em que estive em tal atividade procurei definir o rol de atividades do médico RT, baseado em minhas experiências progressas e opiniões de outros RTs e gestores de minha confiança. Essa construção surge como um desejo interno àquela coordenadoria em se estipular o que é esperado de um bom médico responsável técnico, preocupação essa ainda incipiente a nível municipal e sem relevante amparo documental, a fim avançar e potencializar o trabalho dos RTs daquela área.

Ao construir tal entendimento, além da regulação de solicitações de exames e encaminhamentos a especialistas, surgem como desígnios do cargo a realização de auditorias periódicas de prontuário; a garantia de espaços e encontros destinados à Educação Permanente; o apoio o gestor na avaliação técnica de outros médicos; ser referência clínica para os profissionais de sua unidade, devendo, para isso, desenvolver ao máximo sua resolutividade e polivalência; entre outras.

Como médica da Estratégia de Saúde da Família do MRJ pude vivenciar a prática na assistência, na docência e na gestão. Em todos esses espaços foi possível identificar a importância da existência de profissionais com perfil de liderança na garantia da oferta de serviços de qualidade e o conhecimento destes sobre as expectativas e atribuições decorrentes dessa adicional função.

O médico RT era um profissional vinculado à uma equipe de saúde da família, com carga horária de 40h semanais e, em geral, foram convidados para tal posto aqueles que detinham título de especialistas em medicina de família e comunidade. Invariavelmente, encontrava-se também vinculado a um programa de residência médica, como preceptor. O acúmulo de funções era condição mandatória, uma vez que não haviam profissionais dedicados somente à responsabilidade técnica, prejudicando muitas vezes o seu desempenho.

A identificação de profissionais que concentrem as características necessárias para assumir tal papel pareciam ser um outro problema. As habilidades e atitudes esperadas se aninham às de um gestor, que não costumavam ser trabalhadas e/ou incentivadas durante os processos formativos da graduação de medicina.

Tendo em vista que a experiência do município do Rio de Janeiro parecia ser singular, estando presente a figura do médico responsável técnico como uma das estratégias utilizadas para garantia da coordenação do cuidado pela APS, que contribui

para o estabelecimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade e, sendo esse profissional valorizado por receber de forma diferenciada em seu salário um bônus pela função, não houve avanço na definição de papéis nem na formação desses profissionais. Tal limitação parece ser um nó crítico que necessita ser solucionado. O exemplo de liderança para melhoria aplicada a esse profissional pode servir para a APS de outros centros urbanos, porém é necessário esclarecer melhor suas funções.

Além disso, é evidente que há diferenças na atuação individual de cada um no âmbito local, e que não há clareza tanto sobre quais fatores influenciam diretamente sua prática, quanto sobre quais seriam suas atribuições.

Dessa forma, esse estudo está implicado em responder algumas questões. Quais as características do contexto do MRJ, na perspectiva do gestor, que influenciaram a implantação do cargo de RT da APS nos moldes da RCAPS? Quais seriam as atribuições do médico responsável técnico para a melhoria da qualidade na esfera local? Quais seriam as dificuldades e potencialidades que interferem no trabalho de tais profissionais diante de suas tentativas de melhorar processos? Ao final do estudo, como produto de mestrado profissional e compromisso com a melhoria das práticas dos serviços de saúde, pretende-se sistematizar diretrizes gerais norteadoras da atuação do médico RT no cenário estudado, de forma a contribuir para a elaboração de uma agenda de atribuições do médico Responsável Técnico da APS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas clínico-gerenciais desenvolvidas pelos médicos responsáveis técnicos no âmbito da Atenção Primária à Saúde do MRJ relacionadas à da Governança Clínica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

(OE1) - Compreender aspectos do contexto-gerencial relacionados à implantação do cargo de médico responsável técnico no movimento da RCAPS/MRJ (período de 2012 a 2016);

(OE2) - Identificar atividades relacionadas à atuação do médico RT no cotidiano das práticas no MRJ desde sua criação até o ano de 2019;

(OE3) - Discutir fatores que influenciaram no exercício do trabalho do médico RT no contexto estudado.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 QUALIDADE EM SAÚDE

Um dos autores de grande relevância no âmbito da Qualidade em Saúde é Avedis Donabedian, pediatra nascido no Líbano e radicado nos Estados Unidos, que se dedicou desde a década de 60 a estudos e publicações sobre esse tema. Donabedian (1988) definiu como cuidado de qualidade em saúde aquele "capaz de maximizar o bem-estar do paciente, após ser levado em consideração o equilíbrio dos ganhos e perdas esperados, em todas as etapas do processo".

Levando-se em conta as contribuições de Donabedian e de outras produções, o Institute of Medicine (IOM) define a qualidade do cuidado como "o grau em que os serviços de saúde prestados a indivíduos e populações aumentam a probabilidade de ocorrência de resultados desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual" (IOM, 1990).

Para Donabedian, o conceito de qualidade do cuidado pode ser elaborado através de diversas maneiras, podendo ser mais amplo ou mais restrito a depender do quão abrangente ou limitado for o conceito de saúde.

No Brasil, são conhecidas no SUS algumas iniciativas voltadas para qualificação da APS, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. O principal objetivo era induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica a nível nacional. Dessa forma, apesar da descentralização organizacional da APS, o governo federal comprometeu-se a induzir nos municípios avanços nesse setor da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012a), sendo descontinuado mais tarde, em 2019, após mudanças na gestão federal.

Quando aninhada à performance dos profissionais de saúde, pode-se dizer que a qualidade é influenciada por 2 elementos: desempenho técnico e desempenho interpessoal. O desempenho técnico está implicado no conhecimento e na escolha das melhores estratégias para o cuidado, além da habilidade em se colocá-las em prática. A troca interpessoal entre profissional e usuário deve atender às expectativas e padrões individuais e sociais, além de garantir privacidade, confidencialidade, decisões compartilhadas, empatia, engajamento, honestidade, tato e sensibilidade

(DONABEDIAN, 1988), o que está alinhado às premissas do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP).

O MCCP surge como uma demanda de que os cuidados das pessoas contemplassem atendimentos mais integrais em relação às suas necessidades, preocupações e vivências em relação à saúde e às doenças, o que é ignorado pelo modelo biomédico (STEWART *et al.*, 2010). O estado da arte da medicina pode ser, então, considerado uma provável adaptação intuitiva entre as necessidades individuais de cuidados técnicos e a condução de uma boa relação interpessoal (DONABEDIAN, 1988).

A Organização Mundial da Saúde define como aspectos fundamentais da qualidade clínica, o desempenho profissional (qualidade técnica), o uso de recursos (eficiência), a gestão de risco (risco de lesão ou doença associado ao serviço prestado) e a satisfação do paciente com o serviço prestado (SCALLY; DONALDSON, 1998).

Dessa forma, dentro de uma unidade de saúde, é possível afirmar que a qualidade é definida pela coexistência de sete atributos, apontados como pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990). A seguir, uma descrição breve sobre cada um:

- **Eficácia:** está relacionada à capacidade de cuidar com os melhores recursos disponíveis, para que se alcance os melhores resultados.
- **Efetividade:** o grau em que são alcançadas as melhorias de saúde.
- **Eficiência:** capacidade de se obter a maior melhoria de saúde de uma forma que maximiza o uso de recursos e evita desperdícios.
- **Otimização:** busca por melhoria dos processos já existentes, balanceando de forma mais vantajosa os custos e benefícios
- **Aceitabilidade:** prestar cuidados que sejam respeitosos e responsivos às preferências, necessidades e valores individuais do paciente e garantir que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas, sendo necessário que abranja os seguintes aspectos: acessibilidade, relação médico-paciente, comodidade e custo do tratamento.
- **Legitimidade:** conformidade com as expectativas sociais sobre todos os itens citados anteriormente.
- **Equidade:** justiça na distribuição dos cuidados e seus efeitos na saúde, que não varie em qualidade devido a características pessoais como sexo, raça, etnia, localização geográfica ou status socioeconômico.

Os esforços para garantir qualidade devem se capazes de minimizar o uso desnecessário de recursos, a subutilização dos serviços necessários e o desempenho técnico e interpessoal ruim. A microgestão tem grande importância nesse sentido, podendo ser um dispositivo de monitoramento, avaliação e promoção de melhorias, a partir da gestão da clínica. Segundo Grabois (2009, p. 172) *apud* Mendes (2001), a gestão da clínica

Pode ser compreendida como a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Levando-se em consideração as possíveis contribuições do médico RT da APS na melhoria da qualidade, os conhecimentos, habilidades e atitudes desse profissional no âmbito da gestão da clínica se fazem necessários. Sua atuação na dimensão processual garantiria a avaliação da competência dos profissionais de sua equipe, identificando fragilidades técnicas e comportamentais, permitindo um lastro de trabalho nesse sentido.

3.1.1 Melhoria da qualidade do cuidado em saúde e Governança Clínica

Os sistemas de saúde são constituídos por organizações de saúde, que enfrentam todos os problemas inerentes a qualquer outro tipo de organização, desde o equilíbrio entre despesas/receitas até aos problemas na gestão da prestação de cuidados.

Por muito tempo as intervenções para melhoria eram realizadas de forma empírica e intuitiva, sem conhecimento de qualquer ciência que as embasassem (PORTELA, 2000).

Em 1997, o sistema de saúde inglês iniciou um processo de reestruturação, visando a melhoria da qualidade. Para isso utilizou como norte orientador os princípios da Governança Clínica (GC), diferente ao apego à pura redução de custos que definiram, por muitos anos, o planejamento do NHS. A GC é uma expressão polissêmica, de origem na Inglaterra durante os anos 90, que pode ser definida como:

[...] uma ferramenta através da qual as organizações do National Health Service – NHS do Reino Unido são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e elevados padrões de cuidado, criando um ambiente em que prima a excelência no atendimento clínico. (DONALDSON; GRAY, 1998 *apud* NICHOLLS, *et al.*, 2000).

Os autores Scally e Donaldson são citados com frequência no que tange à definição do termo, e percebe-se um alinhamento entre o sentido do conceito nesses estudos. “Segundo esses autores, a governança clínica se associa à promoção contínua da melhoria da qualidade, assegurando elevados padrões de cuidado e criando ambiente voltado à excelência clínica.” Dialogando com essa definição, Nigel Starey, infere em estudo publicado em 2001 que a Governança Clínica possui 6 componentes: Educação e treino; auditoria clínica; efetividade clínica, desenvolvimento e investigação, transparência e gestão do risco/segurança do paciente

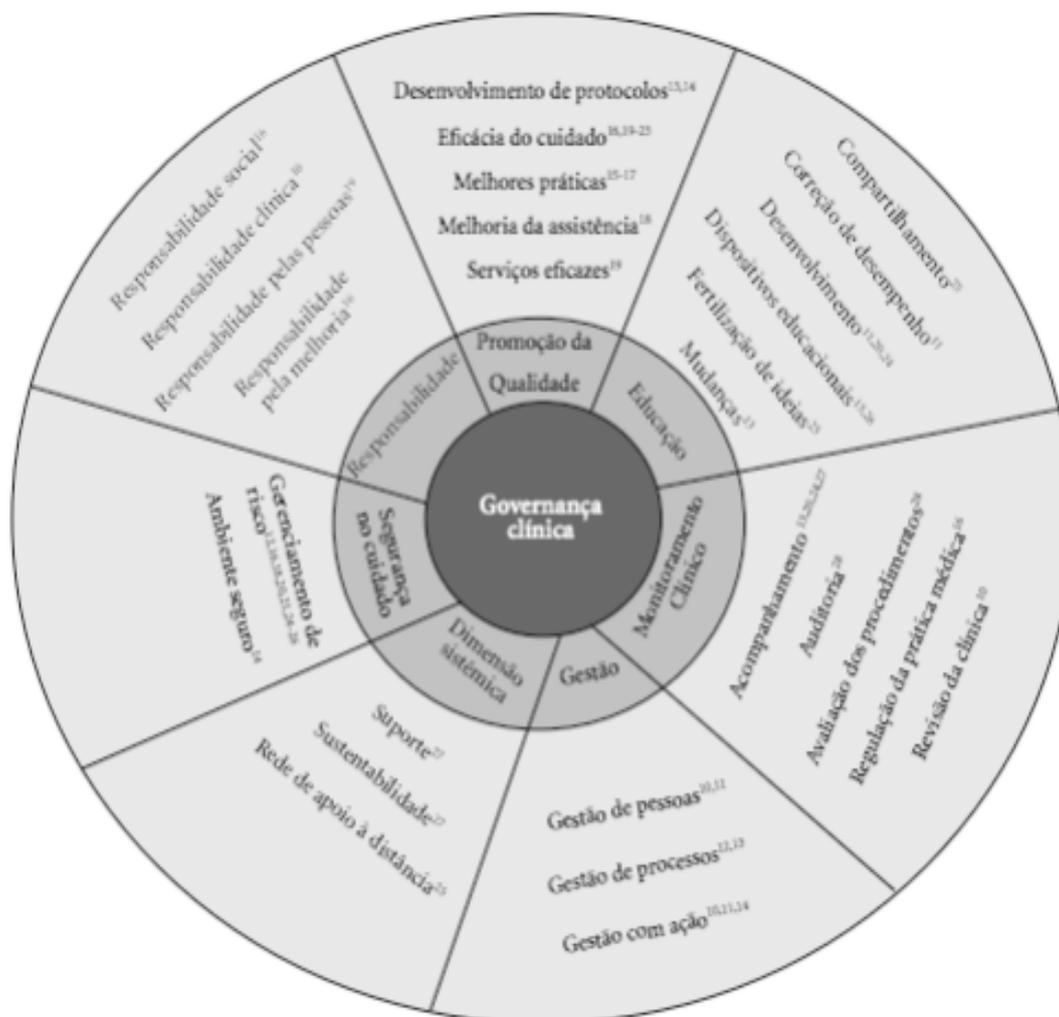
Figura 1: Elementos da Governança Clínica por Nigel Starey

I. Educação e treino – Dada a velocidade com que são produzidos novos conhecimentos na área da medicina, nenhum médico se deve abster da formação contínua em qualquer altura da sua prática clínica e constitui mesmo um dever manter-se actualizado. Vários sistemas, para apoiar a educação médica contínua, têm sido desenvolvidos e apoiados por diversas organizações e patrocinadores. As organizações de saúde devem responsabilizar-se por proporcionar aos seus colaboradores formação de qualidade baseada na evidência.
II. Auditoria Clínica – De uma forma ou de outra, as auditorias têm feito parte da boa prática clínica ao longo de gerações. Em 1989, o White Paper definiu-a como uma «análise crítica e sistemática da qualidade dos cuidados médicos, incluindo os procedimentos de diagnóstico e tratamento, a utilização de recursos e os consequentes resultados e qualidade de vida para o doente», confrontando-os com critérios de qualidade. O ciclo de uma auditoria clínica começa com a identificação de um problema, continua com a definição de critérios ou indicadores de qualidade, recolha da informação, comparação do desempenho observado com os critérios de qualidade definidos e termina com a execução da mudança.
III. Efectividade Clínica – É a medida em que uma determinada prática clínica melhora o estado de saúde da população concreta que a recebe nas condições habituais. A efectividade clínica tem sido promovida através do desenvolvimento de normas de orientação clínica baseadas em evidências resultantes de ensaios clínicos controlados, metanálises e revisões sistemáticas. Para além da efectividade clínica, os aspectos relacionados com a eficiência (custo-efectividade) e com a segurança dos procedimentos devem ser tidos em conta pelos profissionais de saúde. Os responsáveis pela governação clínica dentro das organizações devem incentivar a prática de uma medicina baseada em claras evidências de efectividade explicitando a necessidade de justificar práticas menos efectivas.
IV. Desenvolvimento e investigação – A governação clínica incentiva à investigação, à pesquisa e ao desenvolvimento de normas de orientação clínica e implementação de protocolos baseados na evidência de efectividade, de forma a melhorar continuamente os resultados nos utentes.
V. Transparência – A abertura das organizações ao «escrutínio público», salvaguardando a confidencialidade do utente e do prestador de cuidados, é uma parte fundamental da garantia de qualidade.
VI. Gestão do risco/ Segurança dos doentes – A prestação de cuidados de saúde é uma actividade complexa, incerta no resultado e com elevado potencial de causar danos para os utentes, para os próprios profissionais de saúde e para a organização.

Fonte: Santos e Sá, 2010

Em artigo de revisão da literatura realizada por Gomes *et al.* em 2013, usando os descritores da gestão da clínica para pesquisa de estudos na Biblioteca Virtual de Saúde, traz como resultado uma grande possibilidade de sentidos associados à GC, podendo ser incluído nas práticas de gestão, promoção da qualidade, monitoramento ou auditoria clínica, educação, responsabilidade, segurança no cuidado e dimensão sistêmica.

Figura 2: Mapa Conceitual da Governança Clínica



Fonte: Gomes et al, 2013.

A GC é um sistema que engloba conhecimentos e habilidades tanto coletivas quanto individuais. No contexto de uma grande metrópole, como no município do Rio de Janeiro, onde coexistem oferta de serviços de diferentes complexidades, pode-se supor que o médico RT tem participação em muitas das dimensões acima, tornando-o parte fundamental da cadeia de melhoria. As suas atribuições serão aprofundadas a seguir.

Pode-se supor que tal modelo conceitual acerca da governança clínica seja operacionalizado em diferentes níveis do sistema de saúde, quer seja no âmbito da gestão central/municipal ou na microgestão, seja nos serviços de saúde. O estudo de Gomes et al demonstra no levantamento bibliográfico realizado um maior enfoque por parte dos artigos para aspectos operacionais, relacionados à gestão da clínica. Desse modo, as

atribuições do RT podem ser pensadas à luz desse referencial, no escopo de ações sob sua governabilidade.

3.2 A REFORMA DA APS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO E O MÉDICO RESPONSÁVEL TÉCNICO

A partir do ano de 2009, o governo do Município do Rio de Janeiro iniciou um processo de reestruturação no setor saúde, sendo um dos principais focos a mudança de seu modelo de gestão (por meio das parcerias público-privadas) e de seu modelo de atenção à saúde, priorizando a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), movimento denominado Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS). Tal movimento resultou em um aumento exponencial da cobertura da ESF entre os anos de 2008 e 2016, que passou 3,5% para 70%. A partir de 2017, sob a ótica de uma nova gestão municipal, o movimento de expansão estagnou, chegando a um decréscimo significativo do número de equipes.

Ainda em 2009 foi providenciada a mudança administrativa e organizacional, por meio de alterações no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), aumento do financiamento destinado à APS e da alteração dos meios de contratação após a promulgação da lei das Organizações Sociais para Saúde (OSS). As unidades de saúde passaram a ser administradas por organizações sociais (OSS), que celebram com o município do Rio de Janeiro um contrato de gestão com vistas a regulamentar o desenvolvimento e execução de ações e serviços de saúde e dos equipamentos destinados ao Saúde da Família. As contratações de profissionais, manutenção predial, bem como a compra de grande parte dos insumos destinados às equipes de saúde da família são provenientes do orçamento destinado às OSS. O contrato prevê que sejam cumpridas metas e define as responsabilidades das duas instâncias. São estipulados indicadores de acompanhamento e metas que são avaliados por uma comissão técnica (CTA) constituída por representantes da SMS.

Dentre os quesitos a serem acompanhados pela CTA incluem aspectos básicos organizacionais, boa prática clínica na atenção ao usuário, implementação de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, entre outros, contemplados por indicadores de desempenho. Os dados são extraídos, em sua maioria, pelo prontuário eletrônico.

Associada à expansão da cobertura, a RCAPS seguiu investindo numa APS

abrangente, com foco na qualidade dos cuidados prestados (OPAS, 2013). As unidades de APS, por volta de 2001, ainda funcionavam sobre a lógica dos programas (por exemplo, hipertensão arterial, diabetes mellitus), deixando de fornecer acesso aos usuários que não se enquadravam em alguma linha de cuidado. Fez-se necessário um investimento não só na expansão da cobertura, mas também na integralidade do cuidado.

No âmbito nacional, foi instituído o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB), através da publicação da Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. Seguindo esse movimento nacional, a SMS aderiu ao PMAQ-AB em 2011, envolvendo 324 equipes de saúde da família, o que equivalia a 66,53% das equipes implantadas. Dois anos mais tarde, no segundo ciclo, a mobilização para a adesão foi ainda mais significativa, totalizando 618 equipes de saúde da família (82,38% do total do município). Essa ação permitiu ir além do investimento no quantitativo de unidades, mas também na sua infraestrutura, nos equipamentos e tecnologias disponíveis, na qualificação dos profissionais e na contratação de equipes multiprofissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2012a).

Em 2011, alguns protocolos clínicos municipais foram implantados, utilizando-se as melhores bases de evidências e houve o lançamento da carteira de serviços da APS, objetivando uniformizar os procedimentos realizados nas unidades e garantir que todos os profissionais compreendessem os que deverá ser papel da APS ofertar aos usuários.

Um ano mais tarde, associa-se à expansão da ESF o incentivo à qualificação profissional, à coordenação e à integralidade do cuidado. Uma iniciativa que pode ser destacada é a criação da Residência de Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ) (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). A formação profissional para a APS tem como intuito o fomento ao protagonismo e desenvolvimento de competências para lidar com os desafios na saúde pública, utilizando o próprio trabalho como princípio educativo. (ENGSTROM; MOTTA; VENÂNCIO, 2016)

A RCAPS do município do Rio de Janeiro não representou, portanto, uma simples ampliação de acesso, demonstrando implicação nos outros atributos da APS (resolutividade e coordenação do cuidado) e com a avaliação e qualidade dos serviços prestados (CAMPOS; COHN; BRANDÃO, 2016).

A reforma segue ao longo dos anos, com novas fases e desafios, porém desde o início se percebe uma clara inspiração nos princípios da Governança Clínica (GC), base estruturante de outras importantes reformas, como as que ocorreram no Reino Unido e,

mais recentemente, em Portugal (CARRAPIÇO; RAMIRES; RAMOS, 2017). Em ambos os casos foram documentadas e vivenciadas experiências no âmbito da Governança Clínica

Uma estratégia inovadora na tentativa de se solidificar a coordenação do cuidado pela APS é o surgimento, ao que parece em 2011, do médico responsável técnico da APS (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016). A responsabilidade técnica é uma função agregada ao papel do médico de equipe e/ou de preceptor. Pode-se dizer que, as equipes de saúde da família do município do Rio de Janeiro são responsáveis por uma média de 4000 pessoas, muitos deles usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde, o que acaba por gerar uma pressão assistencial considerável. Além disso, há uma grande carga de multimorbidades nos usuários que sob cuidado da APS as unidades de atenção primária.

Esse profissional possui remuneração diferenciada, com o provimento de uma gratificação salarial. Segundo as orientações legislativas vigentes em seu conselho profissional, atribui-se a ele:

[...] zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor; assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e demais profissionais de saúde em benefício dos usuários da instituição; e assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica. (RIO DE JANEIRO, 2011).

No âmbito do contrato de gestão é possível notar alguns indicadores que têm correlação com o trabalho do médico RT, como a integração de uma comissão para avaliação mensal de prontuários, com o objetivo de identificar problemas no acompanhamento das linhas de cuidado. A auditoria de prontuários colabora com a avaliação do desempenho profissional de acordo com o exposto pelo registro clínico.

Desde 2009 o município do Rio de Janeiro utiliza o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), onde estão concentradas as solicitações de encaminhamentos para serviços especializados e exames complementares, com vistas em promover o acesso equânime e qualificado aos serviços de saúde (BRASIL, 2011a). A partir de 2012, a regulação foi descentralizada, como incentivo à coordenação do cuidado pela APS. O médico da APS passou a solicitar o atendimento especializado através dessa plataforma online e o regulador pode autorizar, negar ou devolver o encaminhamento, função atribuída aos médicos RTs. Essa inovação promovida pela SMS demonstra confiança na qualificação dos encaminhamentos por esses profissionais, que adquirem um papel

semelhante aos “gatekeeper” ingleses, que agem como porta de entrada para outros níveis assistenciais.

Semelhante ao que ocorreu no RJ, porém em anos anteriores, é possível destacar que na reforma dos cuidados primários de Portugal foi instituída a responsabilidade técnica local, por meio da gestão por proximidade exercida pelos conselhos clínicos. Também faz parte da reforma a garantia da autonomia funcional das unidades em relação aos órgãos de administração regionais, estimulando a governação e a gestão de proximidade (BISCAIA; HELENO, 2016).

Os conselhos técnicos portugueses devem ser uma equipe exemplar, funcionando como o “maestro” de uma orquestra”. São formados por um médico de família, um enfermeiro e, em alguns casos, um secretário clínico, e visam garantir a implementação de práticas baseadas em evidências, o monitoramento de prescrições e de solicitações de exames, avaliação de indicadores e criação de programas para segurança do paciente (CARRAPIÇO; RAMIRES; RAMOS, 2017; SANTOS; SÁ, 2010).

Pode-se estabelecer uma semelhança entre o médico RT e os conselhos técnicos portugueses. Há de se ressaltar que, neste município, a nomeação desse profissional se dá muitas vezes de forma verticalizada, definida pelo gerente da unidade, sem coparticipação de outros membros da equipe, diferente do que ocorre em Portugal. Além disso não está bem estabelecida (ou pelo menos, é pouco descrita) quais as atribuições do médico RT no âmbito da Governança Clínica.

No Rio de Janeiro, parece ser esperado pelos gestores que o médico RT seja capaz de promover espaços formativos para outros médicos, participar das comissões de revisão de prontuário e dos comitês de mortalidade, organizar escalas, além da realização de auditorias dos encaminhamentos e de se portar como um líder clínico, sendo talvez o que mais conhece e realiza procedimentos que ampliam sua resolutividade. Também é importante que tal profissional tenha um bom relacionamento com a equipe e seja capaz de auxiliar na mediação de conflitos.

Ao observar a prática, não parece ser o que frequentemente é encontrado nas unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro, o que pode ser explicado por alguns fatores: pouco conhecimento dos médicos em geral sobre governança; acúmulo de funções, com a presença do médico RT na assistência em 100% de sua carga horária, não havendo espaço protegido para realização dessas atividades e pouca autonomia das equipes de saúde da família e da gestão local no planejamento de suas ações.

Em geral, os estudos sobre Qualidade do cuidado e saúde e Governança Clínica

são abordados no ambiente hospitalar, de modo que compreender como esses assuntos são desenvolvidos no âmbito da Atenção Primária à Saúde podem contribuir para suscitar mais questões sobre o envolvimento do médico da APS com aspectos da gestão do cuidado, território corriqueiramente pouco explorado por essa categoria profissional. Diante da expectativa depositada na atuação do médico RT na APS carioca, sendo ele considerado um profissional chave para incentivar processos de melhoria da qualidade da assistência e, levando-se em consideração que há uma heterogeneidade no que diz respeito às atividades desenvolvidas por cada um, essa pesquisa surge com o intuito de compreender de forma aprofundada as práticas desses profissionais relacionadas à Governança Clínica no âmbito da APS, o conhecimento que apresentam sobre suas atribuições, assim como condições que às favorecem e/ou dificultam.

Cabe destacar que, além dessas tensões, mais recentemente vem sendo realizada no município do Rio de Janeiro, que se encontra sob uma nova gestão desde 2017, uma redução do número de equipes de saúde da família e consequente aumento do número de usuários sob responsabilidade de cada uma delas e redução do acesso. A insustentabilidade financeira e a baixa produtividade de algumas equipes parece ser a justificativa fornecida, mas percebe-se claramente o estabelecimento de um ambiente de disputa política de modelos assistenciais de gestões municipais concorrentes. As reduções no orçamento destinado à atenção básica podem sinalizar um descompromisso da gestão municipal com a atenção básica, que tem influência na dimensão processual.

As modificações na PNAB ocorridas em 2017 configuram um retrocesso, pois flexibiliza a implantação de outros tipos de organização da Atenção Básica (AB), em discordância com o discurso de manter a ESF como prioritária. Inúmeros arranjos são possíveis para a composição das equipes AB, admitindo a presença de médicos de diversas cargas horárias e nenhum Agente Comunitário de Saúde (ACS), o que favorece o modelo biomédico, curativo, de controle de riscos individuais (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

De certo modo é possível crer que tais mudanças, principalmente as decisões político-gerenciais locais influenciam na participação do médico RT na GC. A descrença governamental e a desvalorização de trabalho tornam-se perenes no pensamento dos profissionais de saúde, impactando diretamente em sua implicação com iniciativas de melhoria da qualidade.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para o alcance dos objetivos do estudo, realizou-se um estudo exploratório, empírico, de abordagem qualitativa, cujo desenho foi um estudo de caso único considerando como cenário, o município do Rio de Janeiro. Como proposto por Yin (2001), a utilização de diferentes fontes de dados em triangulação de métodos permitiu conhecer de forma mais aprofundada, aspectos distintos do contexto e da visão (dos sentidos) de distintos atores envolvidos na implantação e funcionamento do cargo de Médico RT, importantes para compreensão do objeto em estudo.

O estudo de caso foi o método mais apropriado para uma investigação em profundidade, analisando “um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. O estudo de caso procura responder às questões do tipo “*como e por que*”, se caracterizando por um estudo exaustivo de um ou poucos objetos no qual se confronta um modelo teórico estruturado com uma realidade empírica (YIN, 2001).

Adotou-se o pressuposto teórico de que as bases da governança clínica introduzida no MRJ no escopo das mudanças relacionadas à RCPAS, inspirada no modelo português, trouxeram para o cenário da APS brasileira, a criação e implementação do Médico RT, tornando-se este “cargo” uma singularidade do contexto carioca, que merece ser compreendida em profundidade. Além de seu caráter inovador, a experiência desse município, como modelo de atenção primária desenvolvida em um grande centro urbano, pode ser factível de aplicação em outros cenários similares. Mas, para isso é fundamental compreender as características deste contexto, de que forma desenvolveu-se a implantação, suas barreiras e facilidades. Pode-se considerar que a exploração permitiu maior familiaridade em relação ao fenômeno de estudo, além de orientar a delimitação da pesquisa e seus objetivos.

Ainda de acordo com Yin (2001, p. 32), o estudo de caso

[...] conta com muitas das técnicas utilizadas pelas pesquisas históricas, mas acrescenta duas fontes de evidências que usualmente não são incluídas no repertório de um historiador: observação direta e série sistemática de entrevistas. Novamente, embora os estudos de casos e as pesquisas históricas possam se sobrepor, o poder diferenciador do estudo é a sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências - documentos, artefatos,

entrevistas e observações - além do que pode estar disponível no estudo histórico convencional.

As fontes de dados utilizadas no estudo foram documentos relacionados ao cargo de Médico RT e informações colhidas através de entrevistas com informantes-chave. Cada uma dessas fontes será descrita mais adiante. A triangulação de diferentes fontes de dados, com análise temática de conteúdo, permitiu explorar circunstâncias, dinâmicas e complexidades desse caso singular, compreendendo o fenômeno em seu contexto e as intencionalidades da implantação desse cargo, além de caracterizar as ações realizadas pelos médicos responsáveis técnicos da APS que dizem respeito às atribuições específicas desse profissional.

A pesquisa procurou seguir o exposto por Flick (2009, p. 37), uma vez que “dirige-se à análise de casos concretos em suas peculiaridades locais e temporais, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais”.

Desse modo, conforme ilustrado por Minayo (2014), preocupar-se-á “[...] menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade [...]”, sendo possível trabalhar com a subjetividade, a intensidade e a profundidade do objeto pesquisado, e tem como objetivo “[...] a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno [...] ou modificar e clarificar conceitos.” (MARCONI; LAKATOS, 2007, p. 190).

As entrevistas continham questionamentos apresentados no roteiro em apêndices. Para a divulgação das informações obtidas, foram tomadas precauções a fim de manter o anonimato dos entrevistados, sendo denominados apenas como “Entrevistado” ou, se na identificação dos trechos das entrevistas, codificados com letras e numeração, procurando-se ao máximo evitar a identificação do participante. Apesar desses cuidados, considerando a natureza muitas vezes única do cargo de gestor municipal, existiu a possibilidade de identificação de alguns dos gestores foram minimizadas, conforme explicitamente mencionado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A entrevista como técnica de pesquisa, visa à coleta de informações sobre um determinado assunto diretamente solicitadas aos sujeitos pesquisados com intuito de capturar o que estes pensam, sabem, fazem e argumentam, utilizando-se questões

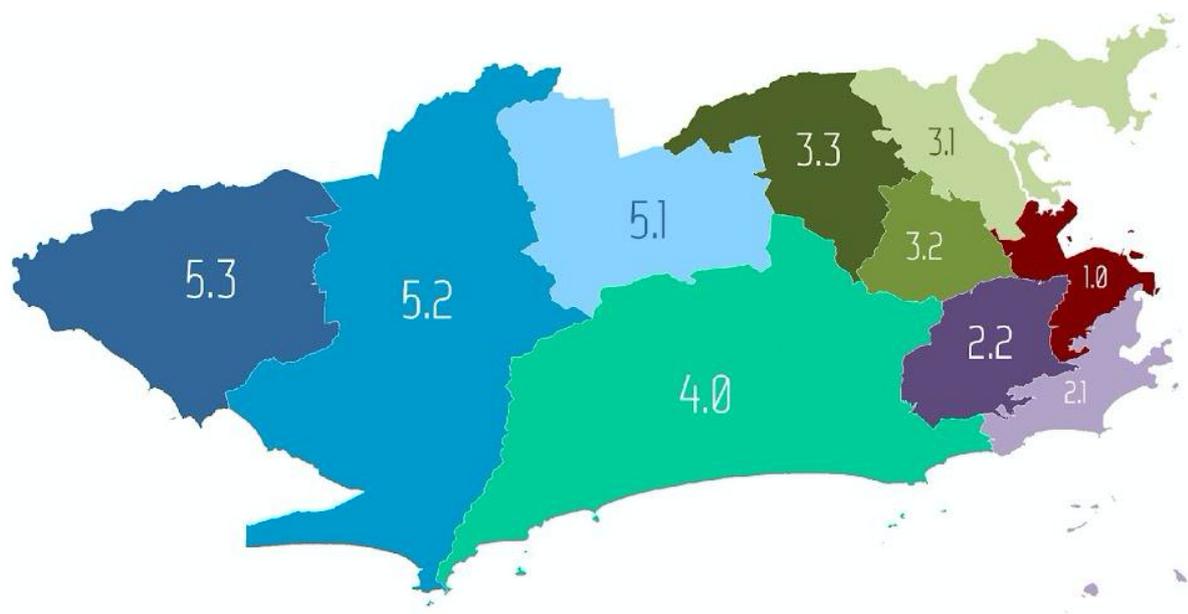
direcionadas e previamente estabelecidas, com espaço para que o informante se sinta à vontade para expressar suas representações (FLICK, 2009).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O estudo foi realizado no município do Rio de Janeiro, capital do estado do Rio de Janeiro, cuja estimativa populacional é de 6.718.903 habitantes, referente a junho de 2020, com cerca de 47,36% de pessoas cobertas por equipes de saúde da família, percentual que se aproximou de 70% ao final de 2016.²

A cidade se divide em 10 áreas programáticas (AP) e cada uma dispõe de uma Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP), instâncias locais responsáveis pela articulação e organização dos serviços de saúde em consonância com as necessidades do território. São elas: AP 1.0, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4.0, AP 5.1, AP 5.2, AP 5.3.

Figura 3: Áreas Programáticas da cidade do Rio de Janeiro



Fonte: SMSRJ, 2020.

Legenda: As 10 AP do município do Rio de Janeiro são: AP 1.0 - Centro e adjacências, AP 2.1 - Zona Sul, AP 2.2 - Grande Tijuca, AP 3.1 - Região da Leopoldina, AP 3.2 - Grande Méier, AP 3.3 Região de Madureira – AP 4.0 Zona Oeste, AP 5.1 Região de Bangu, AP 5.2 - Região de Campo Grande, AP 5.3 - Região de Santa Cruz

² Informação obtida através do Ministério da Saúde, disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
Acesso em: 30/08/2020.

Em abril de 2020 contabilizavam-se na cidade 235 unidades de APS tipos A e B, nos modelos Clínica da Família (CF) e Centro Municipal de Saúde (CMS)³, além de 2 unidades tipo C. Essa classificação diz respeito ao tipo de equipe, podendo ser classificadas como:

a) unidades tipo A: unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da Estratégia Saúde da Família;

b) unidades tipo B: unidades de saúde tradicionais, com uma ou mais equipes da ESF, que cobrem parcialmente o território;

c) unidades tipo C: unidades básicas de saúde tradicionais sem equipes de Saúde da Família.

Tais serviços estavam distribuídos em todas as áreas programáticas, equipados de forma a garantir o cumprimento da carteira de serviços e a integralidade do cuidado. As áreas eram muito heterogêneas em relação a densidade demográfica, Índice de Desenvolvimento Social (IDS), cobertura por ESF e Rede de Atenção à Saúde (RAS) disponível.

Essas 235 unidades eram compostas por 1.087 equipes de saúde da família, sendo possível encontrar unidades com até 14 equipes, o que demonstra um maior grau de complexidade para o serviço. As equipes de uma unidade de saúde eram compostas por profissionais de diversas categorias (médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde), além de gerente e auxiliar administrativo. São elencados pelo gestor da unidade e/ou pelo gestor da CAP profissionais para exercer a função de responsável técnico médico e de enfermagem que, junto ao gestor local, configuram uma equipe técnica com vistas, ao que parece, à qualificação do corpo clínico e a melhoria de processos. A interação entre esses atores foi primordial para o fomento à excelência clínica, ao cumprimento dos atributos da APS e da avaliação sistemática das ações realizadas pela equipe.

Cada unidade de APS tipo A ou B possuía um médico responsável técnico, registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM), totalizando cerca de 235 profissionais atuando nessa função no município do Rio de Janeiro. Algumas CAP

³ Informação obtida através da SUBPAV, disponível em: https://subpav.org/cnes/cnes_listar_unid_dt_inaug.php. Acesso em: 29/08/2020.

adotam em seu organograma um profissional, chamado “RT da CAP”, que tem como atribuição o apoio institucional aos médicos RTs que trabalham na assistência. Não foi possível afirmar quando tal movimento se iniciou, nem dizer que trabalham de forma semelhante, pois cada um atuará de acordo com o pactuado com a sua coordenadoria e com as necessidades dos profissionais de sua área programática.

O cenário da pesquisa obedeceu aos seguintes critérios de elegibilidade:

- a) **Para a compreensão do contexto (OE1):** na premissa de que a implantação se deu no município como um todo, se utilizou como fonte de dados as informações fornecidas por gestores do nível central e documentos de domínio público (listados no Quadro 2).
- b) **Para a discussão sobre as atividades profissionais e fatores que influenciam no trabalho dos RTs (OE2 e OE3):** foi decidido utilizar como fonte de dados as entrevistas com médicos RTs de uma AP específica (AP 3.1), pelas seguintes razões: (1) características históricas e complexas do território; (2) pelo expressivo número de unidades com médicos de família atuando, o que parecia apreender mais médicos RT com essa formação e/ou titulação; (3) pela grande concentração de unidades com residência de medicina de família e comunidade, que tende a influenciar boas práticas não somente assistenciais como também gerenciais; (4) além da presença de uma médica de família e comunidade na coordenação e supervisão dos médicos RTs das unidades daquela AP, denominada como “RT da CAP”, em atuação direta no sentido de alinhar tecnicamente o trabalho dos mesmos.

No que se refere às características desse território, a AP 3.1 foi uma das primeiras a iniciar a implantação da reforma, com aumento do número de equipes de saúde da família. Este território é localizado na zona norte da cidade, de acordo com os dados do Instituto Pereira Passos, é uma área com pequena extensão territorial com alta densidade demográfica em decorrência da presença de diversas comunidades, contribuindo para uma situação socioeconômica desfavorável em relação ao restante do município. Em relação aos serviços de APS, a região apresentava cobertura de ESF de 85%, em dezembro de 2018, período destinado à pesquisa de campo. Nessa época, a área 3.1 contava com 29 unidades tipo A, e dessas, 5 possuíam residência de medicina de família e comunidade (RMFC), com quantitativo de cerca de 29 médicos RTs de unidades desse modelo.

As unidades de APS obedecem à uma carteira de serviços normatizada pela gestão municipal, que define a oferta de ações em saúde oferecidas à população, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado e a máxima resolutividade das equipes. Tais ações correspondem, por exemplo, aos procedimentos diagnósticos, consultas, procedimentos cirúrgicos, saúde bucal, dentre outros. Algumas unidades são capazes de realizar serviços adicionais (pequenas cirurgias, por exemplo), ampliando a capacidade resolutiva dos profissionais. Em geral, estas são unidades que possuem residência em), que contam com preceptores em serviço, muitos dos quais com formação e/ou titulação de especialista em MFC.

4.3 FONTES DE DADOS, CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DOS DOCUMENTOS E PARTICIPANTES, E ESTRATÉGIAS DE SELEÇÃO

4.3.1 1ª Etapa do estudo: compreensão do contexto de implantação

- Fonte de dados: documentos e entrevista com gestores e lideranças do conselho de classe médica

a) Critérios de seleção dos documentos e forma de classificação:

A busca de documentos sobre a criação do cargo RT consistiu em múltiplas fontes, realizada de forma artesanal, considerando a escassez de normativas oficiais disponíveis publicamente. Inicialmente, pesquisou-se, em páginas oficiais da SMSRJ (a principal delas a da SUBPAV) por normativas, portarias, ofícios, decretos e materiais técnicos da SMS que tratavam da criação e das atribuições do médico responsável técnico. A seguir, foram identificados decretos e regulamentações que remetiam ao órgão de classe, Conselho Federal de Medicina acerca dos deveres do médico diretor técnico. Alguns documentos foram localizados por indicação de informantes chaves, como os referenciais internacionais portugueses que inspiraram a RCSAP carioca e que faziam alusão à figura do médico da APS em um papel de governança. As normativas foram classificadas segundo técnica de revisão integrativa de abordagem qualitativa. Os resultados, apresentados na seção específica, foram agrupados de acordo com critério de temporalidade, com a instituição responsável pela publicação, e com o escopo relevante relacionado ao cargo RT.

b) Critérios para a seleção dos entrevistados:

A seleção dos entrevistados se iniciou com a busca por um informante considerado

fundamental para apreender aspectos da elaboração e implantação do cargo de médico responsável técnico ao longo dos anos de 2009 e 2018. O primeiro informante foi um gestor da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde, contemporâneo ao surgimento do cargo do médico RT e da reforma do sistema de saúde dessa cidade. Esse colaborador foi idealizador e corresponsável pela implantação do novo modelo de atenção à saúde, bem como pela reestruturação administrativa da SMSRJ, sendo fundamental seu relato a fim de se compreender quais determinantes para a adoção de tal profissional no organograma das unidades de atenção primária desse município.

As informações coletadas na entrevista nos levaram à consulta de outros informantes, pois surgiram dúvidas acerca do papel do CREMERJ no processo decisório da adoção do RT, além da necessidade de se encontrar materiais difundidos nos anos de 2011 e 2012, anos iniciais da RCAPS, e não encontrados nos canais habituais. Foram convidados a colaborar com a pesquisa: um membro da mesma equipe do primeiro entrevistado, que atuou no nível central (SMS) durante o período da RCAPS; um médico de família com passagem pelo cargo de RT durante os anos iniciais da RCSAP (2009-2012) e atuante no CREMERJ; um conselheiro do CREMERJ que ocupava o posto em ANO durante a implantação do médico RT na APS.

4.3.2 2ª etapa: análise das atribuições do cargo na voz dos RTs e fatores que interfere em sua atuação

- Fonte de dados e técnica de coleta: entrevista semiestruturada com médicos RT de área selecionada (AP 3:1).
- Critérios de elegibilidade dos médicos RT:

A primeira entrevista foi realizada com a médica RT da CAP 3.1. Essa profissional, com atuação direta na construção do trabalho dos RTs da área indicou profissionais que poderiam colaborar com a pesquisa por desenvolverem um bom trabalho nesse cargo, no qual deveriam estar por pelo menos 1 ano. Optou-se por selecionar aqueles que estavam em unidades modelo A. Procurou-se alternar entre profissionais que acumulavam a função de preceptores e aqueles que eram RTs e médicos de equipe.

Participaram do estudo cinco (05) médicos RTs, sendo quatro (04) que exerciam a função na unidade e 1 na CAP. A técnica utilizada foi a “bola de neve”, na qual se define, intencionalmente, o sujeito-chave a partir do qual se acrescenta a indicação de

outros sujeitos que aportem informações relevantes para o objeto de estudo. Com esse processo contínuo, de indicação direta ou indireta de outros participantes, foi possível apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalização para todos os casos possíveis (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

4.3.2.1 Execução das entrevistas:

As entrevistas duraram cerca de 60 minutos e foram realizadas de forma presencial (em uma sala privativa) e/ou de forma remota, agendadas segundo a conveniência do entrevistado e todas foram gravadas após autorização do participante.

A maioria das entrevistas foi realizada em período de greve de profissionais, o que dificultou que ocorressem de forma presencial. Desse modo, foi realizada a aplicação do TCLE de forma remota. Um dos gestores reside, no momento, em outro estado, também sendo realizada tal entrevista à distância.

Quadro 1: Resumo das fontes de dados do estudo

Objetivo	Fonte de dados	Quantidade	Análise Qualitativa (Categorias)
Análise contexto MRJ (2012 a 2016)	Pesquisa documental	18	Marcos Legais e atribuições
	Entrevista com gestores municipais	2	Histórico, processo decisório, dificuldades
	Entrevista com médicos Conselho Classe	2	Marcos Legais e atribuições
Atuação Médico RT (2012 a 2020)	Entrevista médicos RT Da CAP	1	Atribuições, dificuldades e fatores facilitadores
	Entrevista médicos RT CAP 3.1	4	Atribuições, dificuldades e fatores facilitadores

Fonte: Elaboração própria

4.4 ANÁLISE DE DADOS

Para análise dos dados referentes as duas etapas do estudo – contexto e atribuições do RT - o material coletado tanto nos documentos quanto nas normativas foi sistematizado, classificado e categorizado segundo análise temática do conteúdo, seguidas as fases (FLICK, 2009):

- a) Transcrição na íntegra das entrevistas realizadas. Os entrevistados foram identificados como:
 - Informantes-chave: I1, I2, I3, I4
 - Médicos RT: RT1, RT2, RT3, RT 4, RT5
- b) Pré-análise: leitura exaustiva do material obtido, buscando a impregnação e domínio do conteúdo; retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado;
- c) Exploração do material: processo de identificação e categorização dos dados, realizado através da transformação dos dados brutos – classificação e agrupamento em informações que permitam uma descrição clara e representação do conteúdo – no núcleo de compreensão do texto;
- d) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: interpretação dos dados utilizando como base o referencial teórico proposto (dimensões da GC). Realizou-se abordagem qualitativa com análise temática de conteúdo.

Na perspectiva de Poupart (PIRES, 2008), “a análise dos dados consiste em encontrar um sentido para os dados coletados e demonstrar como eles respondem ao problema de pesquisa que o pesquisador formulou progressivamente.” (p. 140)

Para definir as atribuições do médico RT foi utilizado o mapa conceitual da Governança Clínica demonstrado na figura 2 (GOMES *et al.*, 2013), uma vez que essa temática está intimamente relacionada ao percurso vocacional desse profissional. A partir dele foram determinadas as categorias temáticas teóricas de análise. As categorias foram: **gestão, monitoramento clínico, segurança, educação, promoção da qualidade, responsabilidade e dimensão sistêmica.**

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CAAE 13896619.6.0000.5240) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Os profissionais foram convidados a participar de forma voluntária e informados sobre os objetivos do estudo. A pesquisa contou com o Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do sujeito, aplicado de forma presencial e/ou virtual.

Procurou-se utilizar procedimentos que assegurassem a confiabilidade e a utilização de informações sem identificação dos envolvidos, aninhando-se às orientações sobre ética em pesquisa da resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016) que sistematiza aspectos éticos em pesquisas na área das ciências humanas e sociais. Apesar das medidas tomadas, ainda havia o risco de identificação indireta, devido ao número restrito de participantes, especialmente aqueles que ocupavam um cargo na gestão da saúde no nível central.

O período destinado à realização das entrevistas coincidiu com a greve de profissionais, que se estendeu por quase 7 meses, dificultando a realização presencial de parte das mesmas. Desse modo, utilizou-se um programa de vídeo-chamadas para execução e gravação das entrevistas, que foram realizadas em dia e hora definidas pelo entrevistado, de acordo com sua disponibilidade. Outras entrevistas foram realizadas por meio de ligação telefônica e troca de mensagens por aplicativo. Para esses casos, o TCLE foi aplicado de forma remota.

As informações fornecidas durante as entrevistas permaneceram confidenciais, sob a guarda da pesquisadora, não sendo utilizadas para outros fins que não este trabalho. Foi garantido o anonimato dos indivíduos na divulgação dos resultados, e os cargos ocupados, quando possível, foram revelados de forma indireta.

Esperou-se que a pesquisa pudesse gerar benefício, direto ou indireto, aos entrevistados e à APS do município, auxiliando no esclarecimento das atribuições do médico RT na APS.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O capítulo foi construído em duas etapas analíticas. Descreve-se, inicialmente, aspectos relacionados ao contexto de implantação do cargo e às concepções adotadas na ocasião para a implantação da função referente à responsabilidade técnica para médicos que atuavam nas unidades básicas de saúde (UBS) no município do Rio de Janeiro, tendo como base, informações oriundas da análise documental, agregada àquelas obtidas a partir das entrevistas com os informantes-chave. Na segunda etapa, para compreender em profundidade aspectos do cotidiano da atuação dos médicos RT, foram analisadas as informações provenientes das entrevistas com RT, suas reflexões acerca de seus cenários de práticas, considerando atribuições, potencialidades e dificuldades para efetivar tal atuação. Adotou-se abordagem analítica qualitativa, com análise temática de conteúdo para ambas as etapas.

5.1 CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO DO CARGO DO MÉDICO RT

Os documentos que contém informações referentes à origem e às atribuições do médico responsável técnico da APS foram sintetizados no quadro 2.

Foram listados e analisados 18 documentos, sendo 1 Decreto Federal, 8 resoluções do Conselho Federal de Medicina, 1 manual do CREMERJ, 7 da SMS e 2 documentos internacionais. O quadro 2 apresenta, de forma cronológica, a sistematização da análise documental, agrupada de acordo com a instituição de referência, ano e escopo relacionado ao cargo de RT, além de destacar separadamente em cada normativa, o conteúdo implicado no estudo.

Quadro 2: Sistematização das normativas relacionadas à implantação do cargo de médico responsável técnico, segundo instituição e ano de publicação. MRJ, 2020.

Normativas do Ministério da Saúde/Governo Federal	
(1) Decreto nº 20.931/32 (Revigorado pelo Decreto de 12 de julho de 1991)	<i>"Art. 28: Nenhum estabelecimento de hospitalização ou de assistência médica pública ou privada poderá funcionar, em qualquer ponto do território nacional, sem ter um diretor técnico e principal responsável, habilitado para o exercício da medicina nos termos do regulamento sanitário federal. "</i> Esse trecho se manteve no decreto que o revigorou.

Normativas do CFM	
(2) RESOLUÇÃO O CFM nº 997/1980	<i>“Art. 11: O Diretor Técnico Médico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente. ”</i>
(3) RESOLUÇÃO O CFM nº 1.342/1991 (Revogada pela Resolução CFM nº 2147/2016)	<p><i>“Art.1º Determinar que a prestação de assistência médica nas instituições públicas ou privadas é de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina pelos descumprimentos dos princípios éticos, ou por deixar de assegurar condições técnicas de atendimento, sem prejuízo da apuração penal ou civil. ”</i></p> <p><i>“Art. 2º: São atribuições do Diretor Técnico:</i></p> <p><i>a) Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor.</i></p> <p><i>b) Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando o melhor desempenho do Corpo Clínico e demais profissionais de saúde em benefício da população usuária da instituição.</i></p> <p><i>c) Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica. ”</i></p> <p><i>“Art. 3º: São atribuições do Diretor Clínico:</i></p> <p><i>a) Diretor e coordenar o Corpo Clínico da instituição.</i></p> <p><i>b) Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição.</i></p> <p><i>c) Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição.</i></p> <p><i>”</i></p> <p>As atribuições foram ampliadas na resolução nº 2147/2016</p>
(4) RESOLUÇÃO O CFM nº 1.352/92 (Revogada pela Resolução CFM nº 2147/2016)	<i>“Art. 1º: Ao profissional médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos, aí incluídas as instituições públicas e privadas, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.”</i>
(5) RESOLUÇÃO O CFM Nº 1.481/1997	<p>Discorre sobre a necessidade da existência de um regimento interno das unidades de saúde e que o mesmo deve ser encaminhado ao CRM da jurisdição.</p> <p><i>“O Regimento Interno deverá prever a existência do Diretor Técnico e do Diretor Clínico, sendo este obrigatoriamente eleito pelo Corpo Clínico, de forma direta e secreta, com mandato de duração definida”.</i></p> <p><i>“O Diretor Clínico, seu substituto e os membros da Comissão de Ética serão eleitos por votação direta e secreta em Processo Eleitoral especialmente convocado com essa finalidade, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, por maioria simples de votos”.</i></p>
(6) RESOLUÇÃO O CFM Nº 1.980/2011	<i>“Art. 9º O diretor técnico responde eticamente por todas as informações prestadas perante os conselhos federal e regionais de medicina.”</i>

<p>(7) RESOLUÇÃO O CFM Nº 2.007/2013</p>	<p>“Art. 1º Para o médico exercer o cargo de diretor técnico ou de supervisão, coordenação, chefia ou responsabilidade médica pelos serviços assistenciais especializados é obrigatória a titulação em especialidade médica, registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM), conforme os parâmetros instituídos pela Resolução CFM n° 2.005/12”.</p> <p>“§ 2º O supervisor, coordenador, chefe ou responsável pelos serviços assistenciais especializados de que fala o caput deste artigo somente pode assumir a responsabilidade técnica pelo serviço especializado em até duas unidades de serviços assistenciais.”</p>	
<p>(8) RESOLUÇÃO O CFM Nº 2.127/2015</p>	<p>Estabelece critérios para a ocupação da função de diretor técnico que será aplicada em Postos de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, e outros estabelecimentos citados.</p> <p>“§ 4º Para cada fração excedente a 10 (dez) unidades prestadoras de assistência médica, deverá ser criada uma nova diretoria técnica, nos termos desta Resolução, excetuados os Postos de Perícias Médicas. ”</p> <p>“§ 5º Quando exceder 10 unidades ou 30 (trinta) médicos, como previsto no caput, em menos de 10 (dez) unidades de prestação de serviços, será requerida a criação de nova direção técnica, excetuados os Postos de Perícias Médicas. ”</p>	
<p>(9) RESOLUÇÃO O CFM Nº 2.147/2016</p>	<p>Discorre sobre as competências, direitos e deveres de diretores técnicos e diretores clínicos, ampliando o que havia sido determinado pela Resolução CFM nº 1.342 de 1991</p> <p>Devido à extensão desta resolução e de sua importância para a definição das atribuições do diretor técnico, esse documento será disponibilizado na sessão "ANEXOS" ao final do trabalho.</p>	
<p>Normativas do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (CREMERJ)</p>		
<p>(10) Manual do Diretor Técnico do CREMERJ (1ª edição: 2001; atualizações em 2005, 2006, 2007, 2015, 2017, 2019)</p>	<p>Desde as primeiras edições, o Manual condensa as principais resoluções do CFM acerca dos deveres e atribuições dos Diretores Técnicos, além de reunir aspectos éticos da prática médica, discriminar as comissões obrigatórias aos estabelecimentos de saúde e diversas orientações e legislações relacionadas à assistência médica.</p>	
<p>Normativas e documentos da SMSRJ</p>		
<p>(11) Plano Municipal de Saúde</p>	<p>2010-2013</p>	<p>Diretriz Estratégica 4: Ampliar, organizar e regular o acesso aos serviços ambulatoriais Regular os agendamentos de todos os procedimentos e consultas médicas especializadas</p>

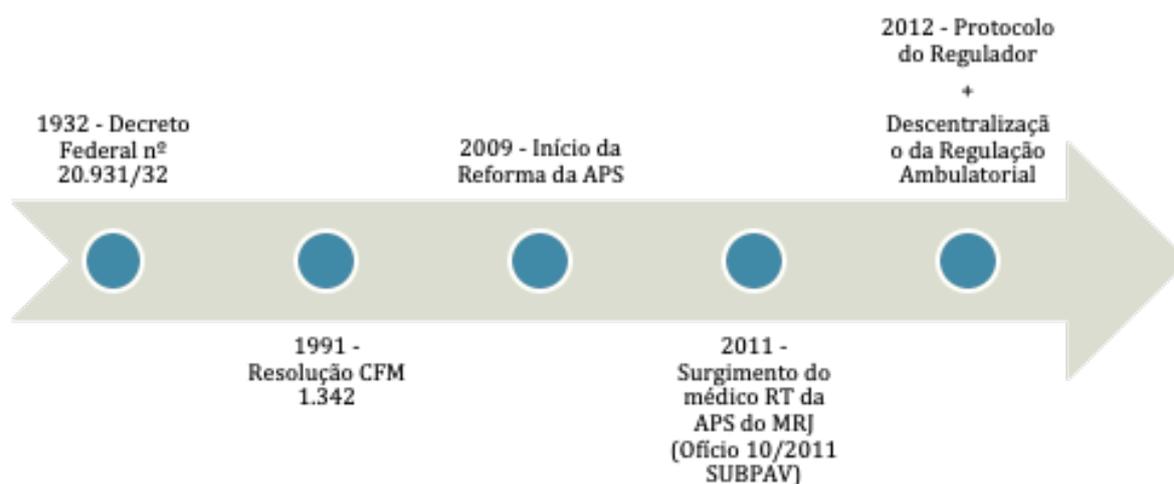
	2014-2017	“Atualmente, as unidades de atenção primária do município ficam responsáveis pelo acompanhamento das famílias em todas as etapas do ciclo de vida. Realizam a regulação de exames/consultas especializadas, solicitados pela própria unidade por intermédio de um médico responsável técnico, que tem como uma das suas atribuições a regulação do acesso dos usuários de seu território para outros níveis de complexidade, garantindo o vínculo, a coordenação do cuidado e o retorno do paciente para a unidade de atenção continuar seu acompanhamento e/ou tratamento”
(12) Ofício circular SUBPAV nº10/2011	Define o pagamento de gratificação por responsabilidade técnica de 20% sobre o salário base ao médico que assuma, com registro no Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro - CREMERJ, o cargo de Diretor Técnico da unidade de Atenção Primária à Saúde (APS). Cada unidade de APS terá apenas um Diretor Técnico, seguindo este as orientações vigentes na legislação sobre o assunto. São atribuições do Diretor Técnico: zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor; assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e demais profissionais de saúde em benefício dos usuários da instituição; e assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica. Importante destacar que o diretor técnico assume a função de “responsável técnico perante o CREMERJ” e não ocupará o cargo de diretor ou gerente da unidade de saúde.	
(13) Contratos de Gestão	Documentos referentes a contratos firmados entre a SMSRJ e as OSS, que estipula os indicadores de desempenho a serem avaliados. Um desses indicadores é a realização de reuniões mensais, em cada unidade de APS, entre membros que formavam comissão de revisão de prontuário	
(14) SISREG – Protocolo para o Regulador (1ª Ed.: 2012. Atualizado em 2014, 2015 e 2016)	Documento norteador para o regulador ambulatorial da APS. Normatizou o fornecimento de um login do SISREG com o perfil “regulador” para cada médico RT e forneceu diretrizes para regulação de alguns exames e especialidades, além de orientar em relação aos critérios de gravidade. A cada atualização foram acrescentadas novas especialidades e exames.	
(15) Diapositivos utilizados em Reuniões de médicos RT da SMSRJ (Janeiro/2013 e Maio/2014)	Documento apresentado pela Superintendência de APS aos RTs, em reuniões nas unidades, explicando o sistema de regulação ambulatorial e o papel da APS na coordenação do cuidado. Foram realizadas diversas reuniões para orientar os RTs sobre como deveria ser exercido seu papel na regulação e coordenação do cuidado nas suas unidades de APS.	
(16) Ofício circular SUBPAV 09/2018	Garante ao médico RT um horário semanal protegido para ser destinado à regulação ambulatorial	
Documentos internacionais		

<p>(17) Cuidados de Saúde Primários em Portugal: reformar para novos sucessos (2a Edição)</p>	<p>Livro destinado a registrar aspectos relevantes da reforma do sistema de saúde português em seus anos iniciais. Traz algumas inovações no campo do gerenciamento dos centros de saúde e da melhoria da qualidade, com a formação de uma equipe de gestão a nível micro, com autonomia e responsabilidades que extrapolam do cuidado, atuando de modo empresarial através da gestão também de pessoas e de recursos econômicos.</p>
<p>(18) Primary Care in the Driver's Seat</p>	<p>Relatório internacional sobre os processos de mudanças organizacionais dos sistemas de saúde europeus, com foco no progresso da APS. Traz como experiência do Reino Unido na tentativa de se resolver o problema da coordenação do cuidado a figura de um profissional com esse papel.</p>

Fonte: Elaboração própria, 2020.

Os dois documentos internacionais – de Portugal e do Reino Unido - que compuseram o corpus analítico da pesquisa não se referem diretamente ao médico RT da APS carioca, porém, por terem sido citados durante a entrevista com o gestor como documentos inspiradores para a RCAPS e para o modelo de gestão das unidades de APS adotado, considerou-se relevantes e inspiradores para o processo decisório no contexto do Rio. Também foi possível observar que alguns documentos que se encontravam revogados (3 e 4) durante o período dedicado à pesquisa foram incluídos na análise porque estavam vigentes no período de criação de cargo. Após a organização e análise dos documentos, juntamente com os relatos dos entrevistados, foi possível considerar que o surgimento e a concepção do cargo de médico RT da APS do MRJ obedeceram a uma cronologia, que teve como marcos temporais e normativas mais relevantes, descritos na figura 5.

Figura 4: Marcos temporais da implantação do cargo de RT. MRJ, 2020



Fonte: Elaboração própria.

A primeira normativa, datada do início do século XX, foi destacada como marco no ano de 1932, quando foi promulgado o Decreto Federal nº 20.931, que tornou obrigatória a existência de um médico diretor técnico em qualquer estabelecimento de saúde, público ou privado, ambulatorial ou hospitalar, que prestasse serviços médicos (BRASIL, 1932).

Após esse decreto foram publicadas diversas resoluções do CFM no sentido de dar corpo ao papel do diretor técnico. Percebeu-se um grande intervalo até a primeira delas, expedida quase cinco décadas depois, que expunha as responsabilidades desse profissional, ainda de forma ampla e pouco específica.

Art. 11: O Diretor Técnico Médico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente. (CFM, 1980).

Uma tentativa de detalhar as competências e os deveres do diretor técnico, além de fazer alusão a uma outra figura na gestão e supervisão do corpo clínico - o diretor clínico - ficou a cargo da resolução nº 1.342, de 1991. Tratava-se da normativa mais atualizada na época das primeiras mudanças implementadas no modelo de gestão e atenção na cidade (2009/2010), e foi utilizada como referência para a confecção dos primeiros documentos da SMSRJ que se referiam aos então denominados "médicos responsáveis técnicos" (SMSRJ, 2011).

Desde 2001, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro já havia reunido em um só documento, todas as normativas federais vigentes acerca da responsabilidade técnicas sobre os estabelecimentos de saúde, além de incluir, de forma resumida, o código de ética médica e outros materiais julgados essenciais ao conhecimento do médico e ao exercício da medicina, dando origem ao "Manual do Diretor Técnico". Tal manual, disponibilizado em formato de livro impresso (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2001), foi atualizado conforme eram lançadas novas deliberações e legislações relevantes. Sua versão atualizada, na data da pesquisa, encontrava-se publicada em formato digital no site do CREMERJ. Segundo a percepção dos gestores, o Manual do Diretor Técnico embora não tenha sido o norteador central na decisão gerencial para a implantação do RT da APS, tal documento contribuiu

de forma relativa, com aspectos operacionais, condensando informações que ajudariam na definição do que é designado ao cargo.

A RCAPS do Rio de Janeiro, como já exposto anteriormente, se iniciou no ano de 2009, após mudança da gestão municipal. Revisitando documentos da administração pública, sobretudo aqueles referentes à APS, não foi possível identificar registros que sinalizassem de forma literal a data do surgimento do cargo de RT nos moldes encontrados durante o período do estudo.

A partir das informações fornecidas pelos gestores, considerou-se o ofício circular da SUBPAV nº10, de abril de 2011, como documento de criação do médico RT da APS carioca. Esse documento, emitido pelo nível central, foi destinado à todas as Coordenadorias de Atenção Primária e Organizações Sociais de Saúde (OSS) do município, e normatizou o pagamento de gratificações por formação e por responsabilidade técnica. Nele, ficou determinando que cada unidade de APS tivesse um médico RT exclusivo e nomeado pelo gestor local para exercer as atribuições definidas pelo Conselho Federal de Medicina conforme estabelecido pela resolução 1.342 de 1991.

Com os relatos dos entrevistados, foi possível concluir-se que a implantação do médico RT no contexto do MRJ teve seu início por exigência do CREMERJ, de que houvesse um diretor técnico por, no máximo, 2 unidades, conforme regulamentado pelo CFM. Àquela altura, segundo os informantes, já havia RTs em algumas unidades, em alguns casos responsáveis por várias unidades ao mesmo tempo, além de também existirem unidades sem nenhum médico nesta função. Uma hipótese construída conjuntamente com I4, é a de que esse movimento do conselho regional foi motivado pelo grande aporte de médicos para as ESF, com abertura de novas unidades, fruto da expansão da APS nos primeiros anos da reforma. A maciça contratação de médicos, a publicização de vagas e a inauguração de novas unidades parecem ter ganhado notoriedade perante o órgão, o que poderia ter o levado a preocupar-se mais com esse setor.

Segundo o informante I1, além da necessidade de atender à normativa dos conselhos, o contexto da instituição do médico RT no modelo de gestão no âmbito local foi o de uma administração municipal que pretendia posicionar a APS na reestruturação do Sistema Único de Saúde, operando como principal ordenadora da rede da cidade do Rio de Janeiro. Já citadas em outro momento, houve diversas iniciativas realizadas para a construção de uma APS robusta no que diz respeito a seus atributos essenciais. A

coordenação do cuidado, como atributo a ser fortalecido para a melhoria da qualidade da APS, foi ressaltada no trecho a seguir.

A gente tinha um problema muito marcado que era a questão da coordenação do cuidado. Você encaminhava um paciente ou precisava de um exame, você dava o papel na mão do paciente ele sumia com esse papel, e um dia ele voltava... se ele conseguiu ou não... você não sabia explicar para ele para onde ele ia. (II)

Conforme descrito em documentos oficiais, até meados de 2012, a regulação de vagas para consultas e procedimentos eletivos era centralizada em uma instância reguladora do nível de gestão municipal, que não respondia em tempo oportuno às solicitações das unidades de APS, gerando longas filas de espera à despeito da quantidade ofertada. Os participantes consideravam que havia gargalos, problemas que dificultavam o acesso e a qualidade de funcionamento relativos ao Sistema de Regulação (SISREG) na cidade do Rio de Janeiro em 2009.

Como relatado por um entrevistado, era comum que o paciente recebesse um encaminhamento para algum exame ou consulta e percorresse um longo e incerto caminho até conseguir realizá-los. Além disso, as vagas em hospitais e policlínicas não eram democraticamente oferecidas, uma vez que só poderiam acessá-las pacientes que já faziam parte daquele serviço ou que eram encaminhados internamente, de um especialista para o outro (PINTO; SORANZ; SCARDUA; SILVA, 2016). Além da iniquidade de acesso, a coordenação do itinerário terapêutico era feita por especialistas focais, o que fragmentava ainda mais as ações de atenção, as linhas de cuidado, o que influenciava negativamente a efetividade e eficiência do sistema de saúde.

Reforçando o atributo essencial da coordenação do cuidado pela APS, presente no plano de trabalho da SMS, o cargo de RT ganhou fôlego com o processo de descentralização da regulação ambulatorial. Em agosto de 2012, com esses cargos já completamente preenchidos e completos em todas as UBS, houve descentralização das senhas de acesso ao SISREG para os médicos RT, que passaram a exercer de forma capilarizada, o papel de regulação de todas as solicitações ambulatoriais de suas respectivas equipes junto à Rede, o que ampliou o poder de ordenação da APS, dando corpo à função deste recém-instaurado cargo de RT (RIO DE JANEIRO, 2012, 2013).

Pode-se dizer que a concepção que inspirou a descentralização da regulação ambulatorial para a APS no Rio, fortalecendo o papel do RT de ordenador da porta de entrada do SUS, estava em consonância às formas de organização presentes nos sistemas

internacionais com forte presença da APS, como nas unidades de cuidados primários e na estruturação de seus sistemas de saúde de países europeus (CALNAN; HUTTEN; TILJAK, 2006). Foram uma forte influência para a RCSAP carioca os documentos “Primary Care in the Driver’s Seat” e “Reforma dos cuidados Primários”, que destacam, respectivamente, experiências do National Health System (NHS) do Reino Unido e de Portugal, como revelado pelo I1:

Em 2008 a gente vivia o planejamento da Reforma da Atenção Primária na cidade, e a meta era sair de 3% de cobertura para 70% e cobertura com a implantação de 1.200 equipes de saúde da família. Houve uma forte influência do “Primary Care in the Driver’s Seat” que foi a reforma do sistema de saúde da Europa num livro que analisava esses documentos, e também a “Reforma dos cuidados primários de Portugal”. Então, eram dois documentos que traziam muitas evidências de fora. Ainda havia as evidências internas, os manuais do Ministério da Saúde e diretrizes do próprio ministério, mas também muita influência externa sobre isso. Em Portugal e na maioria das unidades da Europa tem um médico que é o médico responsável por aquela unidade, que é o responsável técnico, então, isso influenciou muito a gente na hora da gente fortalecer esse papel. (I1)

Dialogando com o a função de “*gatekeeper*” do médico RT na APS observada em sistemas públicos e universais da Europa (SANTOS; GIOVANELLA, 2016). O protagonismo da APS na coordenação entre os níveis de atenção passou a ser uma ação desse profissional.

Tem ocorrido uma série de outras iniciativas (ver Sergison e col., 1997), que visam melhorar a coordenação entre a atenção primária e a atenção hospitalar especializada. Uma abordagem tem sido atribuir um papel de coordenação específica para um médico ou enfermeiro (CALNAN; HUTTEN; TILJAK, 2006).

Representando o primeiro nível de cuidado e atenção aos indivíduos, suas famílias e a comunidade, a APS tem potencial resolutivo significativo, correspondendo a cerca de 80% das demandas de saúde de seus usuários (STARFIELD, 2002). É capaz, portanto, de otimizar diversos recursos, incluindo a oferta de vagas de especialistas e exames. A coordenação da rede de atenção à saúde perpassa pelo fortalecimento do papel do generalista na condução dos cuidados, estratégia adotada pela SMSRJ quando, durante a reforma promovida em tal nível de atenção, elege como um dos eixos prioritários a descentralização da regulação ambulatorial. De acordo com o I1, pressupunha-se que, associado ao papel de regulação e auditoria, esse profissional desempenhasse um papel

educativo, de aperfeiçoamento dos outros profissionais da que compunham a equipe.

Segundo ele

O que a gente esperava do RT? Que eles se apropriassem de todas as funções clínicas da unidade, que ele fosse, de fato, o médico que movimentasse a discussão clínica, e aí, dentro das atribuições que ele pudesse fazer avaliação dos prontuários, fazer parte da comissão de avaliação de prontuários, que ele pudesse auxiliar o papel do gerente em todas as questões clínicas, e que ele também pudesse ser o regulador da unidade. (II)

Foram realizadas diversas reuniões com os médicos RTs, promovidas por gestores do nível central, a fim de capacitá-los para essa nova função e sensibilizá-los em relação à responsabilidade da coordenação. Uma das apresentações utilizadas foi anexada ao trabalho na seção “anexo C”.

Porém, segundo os entrevistados I1 e I2, logo nos primeiros anos dessa experiência, percebeu-se que os médicos RTs não se apropriaram desse atributo, tão pouco do seu papel como um todo.

Nas primeiras reuniões foi assustador, porque a gente viu que muitos médicos que eram RT, que teoricamente eram os melhores médicos da rede não tinham o menor conhecimento de atenção primária, e não tinham o menor conhecimento do que, de fato, eles estavam fazendo ali, e isso gerou um alerta para a gente. [...] A sensação deles é que eles não se consideravam responsáveis pela coordenação do cuidado do paciente. Nem até das outras equipes, o que era menos problemático; o problema era eles não serem responsáveis pelos pacientes deles mesmos, e isso ficou muito marcado nas primeiras reuniões. (II)

Em busca de outras normativas da SMSRJ acerca do papel do médico RT, não foi encontrado nenhum documento específico que se dedicasse a sistematizá-lo, como por exemplo, um manual técnico explicitando atribuições e responsabilidades. Os contratos de gestão celebrados com as OSS no período estudado, também não contemplaram o que seria delegado a este profissional. De acordo com a resolução do CFM vigente, contemporânea à implantação do cargo, o Diretor Técnico era um médico contratado e remunerado para assessorar uma instituição em assuntos técnicos. Ele tinha como responsabilidade o exercício ético da medicina nesse estabelecimento, além de supervisionar os serviços oferecidos pelos médicos e garantir que esses profissionais atuem em condições adequadas de trabalho para uma boa prática. Devia assegurar o cumprimento das normas em vigor e o funcionamento das Comissões de Ética Médica da instituição (CFM, 1991).

Em 2016, uma nova resolução foi lançada pelo Conselho Federal de Medicina, ampliando o que havia sido atribuído ao diretor técnico na resolução 1.342. Apesar de

sua grande extensão, a resolução 2.147 é pouco operacional e não explica suficientemente como esse cargo deve ser posto em prática, sobretudo na APS. Além disso, percebeu-se divergências em relação à posição hierárquica em que o médico RT se encontrava dentro de uma unidade básica de saúde. As normativas do conselho definem que o diretor técnico é a autoridade máxima dentro do estabelecimento sanitário. O modelo adotado pela APS no município do Rio de Janeiro trazia a figura do gerente da unidade, função gerencial implantada na RCAPS, considerando o número expressivo de equipes nas UBS, a necessidade de gestão da carteira de serviços ampliada e ainda, em função da necessidade de acompanhamento de indicadores de desempenho dos contratos de gestão. A função de gerente de uma UBS foi incluída em normativas de âmbito nacional, apenas em 2017, na ocasião da revisão da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), que deu ao gerente da unidade, o papel de coordenador e dirigente da unidade.

A coexistência de gestores e médicos RT com responsabilidades gerenciais e/ou de gestão da clínica pode ter provocado certa sobreposição de função gerencial, e mesmo divergência em relação à posição hierárquica, embora seja potente a existência de lideranças preocupadas com a melhoria da qualidade dos serviços. Cabe destacar que as nomenclaturas do CFM e da SMS eram diferentes para definir o mesmo profissional médico. Para o conselho, o nome adotado é o de “Diretor Técnico”, enquanto na SMSRJ o termo adotado foi o de “Responsável Técnico”. Pode-se dizer, portanto, que o cargo de médico RT no MRJ teve como origem (“bebeu na fonte”) de normativas do cargo de “Diretor Técnico”, porém com singularidades locais. A ausência de normativas e/ou materiais técnicos que esclarecessem as prerrogativas do cargo pode ter influenciado negativamente o pleno exercício de atuação do RT. Somando-se a isso, problemas de comunicação, gerando um relativo desconhecimento por parte dos RT sobre seu papel (o que parece ter sido apresentado pela gestão, de forma oral, aos médicos – vide anexo C (RIO DE JANEIRO, 2014), além da formação incipiente em MFC desses profissionais foram pressupostos que motivaram a exploração do tema em entrevistas com médicos RT, descritas na seção 6.2 desse capítulo.

5.2 AS ATRIBUIÇÕES DOS MÉDICOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS DA APS

Foram entrevistados cinco médicos responsáveis técnicos, todos com formação em medicina de família e comunidade, obtida após conclusão de residência nessa especialidade. Dois apresentam título de mestre em saúde pública. Um dos profissionais

atua na CAP, como responsável técnico da instituição, trabalhando diretamente no aprimoramento dos médicos RTs da assistência.

No que concerne às atribuições do médico RT, desenvolvemos uma abordagem analítica relacionada às dimensões da Governança Clínica. Tratamos, portanto, de sete categorias de análise, conforme mapa conceitual de Gomes *et. al* (2013). Foram essas: **gestão, monitoramento clínico, segurança, educação, promoção da qualidade, responsabilidade e dimensão sistêmica.**

5.2.1 Gestão

Essa categoria foi uma das mais citadas, de forma espontânea nas entrevistas com os participantes, demonstrando que talvez essa atividade fosse a atribuição mais clara no desenvolvimento da prática como RT. Na visão desses atores, a gestão no âmbito local, de uma unidade básica de saúde, envolveria aspectos relativos à coordenação do trabalho coletivo.

Sua exploração ao longo das entrevistas permitiu o desdobramento em subcategorias tais como gestão de processos, gestão de pessoas, que podem ser analisadas à luz de outro referencial, a análise da cogestão (CAMPOS, 2013), que emergiu do campo como subcategoria empírica, que pela potência observada, merece destaque inicial na presente análise.

5.2.1.1 Cogestão

Pôde-se perceber que os RTs expressavam comprometimento gerencial e se sentiam componentes do “corpus gerencial” da unidade básica à qual pertenciam, cujo trabalho incluía também, a integração com o “gerente ou diretor da UBS” e o enfermeiro responsável técnico. Todos os entrevistados abordaram esta temática, que pode ser interpretada como muito enraizada à sua práxis. Dentre as atribuições e atitudes que influenciavam nos processos de trabalho do RT médico, no que concerne aos seus encargos relativos à gestão, RT1 e RT2 destacaram:

[O RT] Auxilia a gerente também na organização da unidade, na divisão de tarefas e compartilhamento de reuniões.

[...] ter uma boa relação com a responsável técnica de enfermagem com a gerente da unidade, com certeza facilita também o trabalho de RT, se eu não tivesse tanto vínculo seria um pouco mais difícil” (RT1)

A gente auxilia também na organização da clínica como um todo, lá na clínica a gente tem uma parceria legal com a gerente, então qualquer processo ela acaba conversando comigo e com a RT de enfermagem [...] a gente acaba sendo consultada sobre todos os processos da clínica (RT2)

O modelo de gestão poderia variar de acordo com o ambiente de governança. Notou-se que a proximidade do local de trabalho, por exemplo, na microesfera da unidade de atenção primária, conduziu à formação de uma equipe de gestão, que tendia a se identificar e alinhar condutas e expectativas, passando a funcionar como um time, de lideranças compartilhadas. Esse fenômeno poderia contribuir para um formato de gestão anti-hegemônico, menos normativo e centralizador de decisões. Nos parece uma aproximação, mesmo que ainda incompleta, do método da roda, de cogestão de coletivos, descrito por Campos (2013), apesar de carecer de outras representatividades, como usuários, agentes comunitários de saúde, profissionais do núcleo ampliado de saúde da família (NASF), auxiliares de serviços gerais, entre outros trabalhadores de uma mesma unidade.

O alinhamento do trabalho dos RTs com os gerentes podia ser demonstrado por meio de um suporte técnico no que tange a competência médica. O gerente das unidades, profissionais de outra categoria, não inserido na assistência de uma equipe de saúde da família, pareciam se beneficiar desta parceria, sobretudo minimizando possíveis conduções equivocadas e contribuindo para o desenvolvimento de uma concepção sobre a ESF, caso essa não esteja presente. Conforme destacado por RT5,

No cenário que a gente está, no Rio de Janeiro a gente tem esse cargo muito atrelado como um apoio, um suporte, de alguma maneira, à gerência [...] que é a chefia maior na hierarquia da unidade, mas que nem sempre tem uma competência técnica voltada para a saúde pública ou para atenção primária. A gente acaba servindo de apoio, de suporte para a função gerencial, o que muitas das vezes acaba ultrapassando o limite até da nossa categoria profissional. (RT5)

As práticas de gestão são espaços privilegiados para a introdução de mudanças nos serviços e para a reorganização dos processos de trabalho, ampliação e qualificação das ofertas em saúde. Entretanto, os serviços de saúde mostram-se como organizações complexas que, em sua maioria, estruturam-se numa lógica piramidal, de ações hierarquizadas, e onde coexistem tecnologias de diferentes tipos (MENDES, 2002).

A posição do médico responsável técnico de uma unidade básica de saúde, como assistente e gestor, foi ressaltada pelo RT3 como estratégica para formulação de metas e performance. O entrevistado sugeriu que a responsabilidade de lidar diretamente como figura assistencial, ao lado dos demais médicos de equipe, e ao mesmo tempo representar o gestor que avalia a entrega e qualidade de determinados cuidados e serviços, permitiu uma cobrança bem como uma justificativa para a razoabilidade daquele objetivo.

O RT ele é um líder não no sentido clássico de chefe, pois que ao mesmo tempo que ele é o líder ele também é um profissional. [...] é interessante porque a gente consegue ver se aquilo é possível ou não, porque muitas vezes as metas são estipuladas, processos são discutidos sem saber a realidade do dia a dia de quem está ali.”

[...] reforçando aquela situação do duplo olhar, de gestor e de trabalhador, estando em dois lugares ao mesmo tempo, tenho que olhar na clínica inteira e também tenho que olhar minha própria equipe, então a gente fica nesse dilema. E esse dilema é bom porque a gente consegue colocar o pé no chão, não ficar fosforilando desfechos e nem metas muito ousadas porque a gente sabe que, na nossa realidade, não seria possível.” (RT3)

A fala de RT3 pôde ser interpretada como uma reação à processos de gerenciamento verticalizados, perpetuando planejamentos pouco factíveis e sem a participação dos profissionais, menos ainda dos usuários. A crítica se referiu principalmente à um contexto temporal da APS do MRJ, em que esse nível de atenção pareceu ter sofrido distorções ideológicas, entre outras perdas após a mudança da gestão municipal.

Nesse mesmo sentido, outro estudo realizado sobre a RCPS do MRJ apontou uma grande influência de ações propostas pelas áreas técnicas do município e previamente definidas nos contratos de gestão sobre as ações que deverão ser realizadas pelas equipes, o que provocaria uma perda de autonomia dos profissionais em relação ao seu próprio planejamento de ações. (COSTA E SILVA; BARBOSA; HORTALE, 2016)

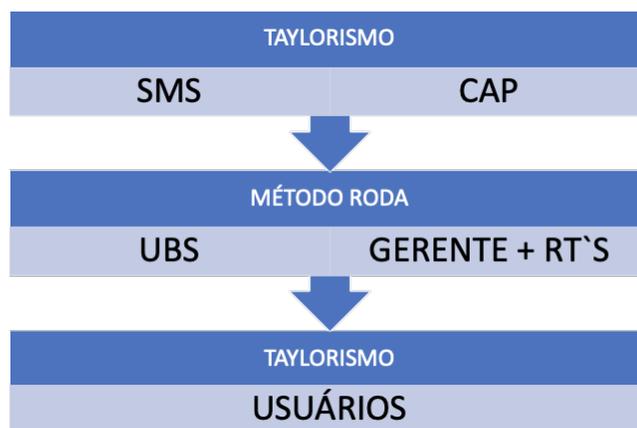
Quando o RT médico se referia a uma esfera hierárquica, representada pela CAP, que por sua vez responde à Secretaria Municipal de Saúde, se revelou nessa instância uma forma de gerir que se assemelhou a referências tayloristas⁴. A Governança Clínica entende os serviços de saúde como organizações complexas e repletas de especificidades, em que a padronização massificada não agrega valor aos processos de tomada de decisão,

4 Sistema de organização do trabalho concebido pelo engenheiro norte-americano Frederick Winslow Taylor 1856-1915, com o qual se pretende alcançar o máximo de produção e rendimento com o mínimo de tempo e de esforço. (Extraído do dicionário virtual Oxford Languages, em 29 de agosto de 2020).

diferente do modelo de Taylor, que não agrega valor ao paciente (DONALDSON; GRAY, 1998). Ela tende a contribuir no sentido de trazer as decisões clínicas para o contexto organizacional, valorizando o olhar dos profissionais envolvidos, com viés epidemiológico e redesenho dos processos, para assim responder às necessidades da população.

Na tipologia construída por Mintzberg, as organizações de saúde são consideradas “organizações profissionais”, pela importância, poder e autonomia dos trabalhadores que exercem diretamente o cuidado e nesse tipo de organização, de acordo com Mendes (2019), “há dificuldades para a formalização e o controle dos processos de trabalho, por isso, a centralização e a burocratização não são estratégias administrativas compatíveis com a produção de serviços de qualidade”. Além disso, o mecanismo dominante de coordenação é a padronização das qualificações. Nessa perspectiva, o papel do médico RT poderia contribuir para esse tipo de coordenação.

Figura 5: Representação da variação da adoção de modelos de gestão pelos diferentes atores da APS. A tradição da administração científica pautada em controle e disciplina (Taylorismo) pode ser tanto superada quanto conveniente.



Fonte: Elaboração própria.

Apenas um dos entrevistados relatou experiências de aproximação com a comunidade e os usuários, porém não no sentido participativo-decisório na prestação do cuidado, mas sim para manejo de situações de conflito.

Tem uma coisa aqui que eu acabo fazendo bastante, mas aí comecei a fazer isso em parceria com a gerência também, que é intermediar algumas situações junto às lideranças comunitárias [...] tenho um bom contato com os líderes comunitários também, e a gente já conseguiu resolver algumas situações, inclusive de ameaças à profissionais e tudo mais junto com eles. (RT2)

Essa foi a única menção ao usuário, apesar da potência desse ator para a cogestão. Por isso, no modelo figurado acima, pôde-se interpretar que as mesmas queixas trazidas pelo RT médico no tocante aos planejamentos de ações e metas disparados pela SMS e CAP que, por muitas vezes, não compactuavam com a realidade do trabalho vivo da ESF, poderiam estar sendo reproduzidas nos usuários, que se encontravam subjugados na gestão de seu próprio cuidado em grande parte das ocasiões.

A Reforma dos Cuidados em Saúde Primários de Portugal, destacada como inspiração para a reorganização da APS do MRJ, trouxe como experiência inovadora na gestão local a formação de um grupo de profissionais organizados para gerir com maior autonomia as unidades de saúde de Cuidados de Saúde Primários. (BISCAIA *et al.*, 2006). De maneira semelhante, o médico RT da APS carioca compôs uma equipe de gestão das unidades ao lado do gerente e do enfermeiro RT. Tal conformação não surgiu na fala dos informantes-chave (gestores da SMSRJ), o que pode representar que não existiu esta intencionalidade, mas tratou-se de um fenômeno que ocorreu espontaneamente por iniciativa desses sujeitos.

5.2.1.2 Gestão de processos

A abordagem sobre o papel do RT quanto à gestão de processos, na maioria dos relatos, recortou essa competência voltando-a para a execução de duas principais funções: i) checagem de abastecimento de insumos e ii) lidar com fluxos da unidade, especialmente as reformulações constantes da porta de entrada e acolhimento.

[...] tem que ajudar nos processos de trabalho da unidade de modo geral, isso inclui todos os processos desde porta de entrada lá no acolhimento, procedimentos técnicos, vendo maleta de emergência, tudo isso é uma responsabilidade do médico que está com esse cargo. **(RT5)**

A gente demorava muito para começar os atendimentos por causa da forma da organização que você tinha, da coleta de sangue que era feita onde também eram feitos os procedimentos de enfermagem, as medicações e tudo mais. Isso ocupava muito espaço dentro do acolhimento, a gente não conseguia descer os pacientes para atendimento mais cedo, oito horas, um pouco antes das oito. A gente chegou a quebrar um pouco a cabeça com isso, aí mudou a coleta, separou, jogou para um canto da clínica que fica mais vazio, e isso ajudou a gente a conseguir acolher os pacientes para atendimento mais cedo **(RT2)**

Foi possível apreciar uma iniciativa de engajamento do médico RT em um dos principais nós das unidades de APS, o acesso. Ao identificar que um outro processo era

um empecilho para o início do turno de atendimentos, a reorganização dos espaços, uma medida simples e sem custos, mostrou-se efetiva e modificou todo o itinerário do paciente dentro da unidade, agilizando seu curso e melhorando o cuidado.

Tal prática era potencial para a melhoria da qualidade no que dizia respeito ao trabalho de todos os profissionais e para a rotina da unidade, gerando desdobramentos diretos no cuidado dos usuários. O tempo de espera para o atendimento, bem como para uma consulta de retorno, poderiam ser utilizados como indicadores de qualidade, avaliando eficiência e efetividade do serviço, e o entendimento do médico RT sobre seu papel acerca dessa questão o torna um potente agente de melhoria.

Para alguns dos entrevistados, a boa prática na gestão de processos visava garantir o abastecimento de insumos:

[...] conferir na unidade como está a questão de insumos. **(RT1)**

A gente talvez devesse ter esse papel também, de brigar mais com a Secretaria e com a CAP por algumas coisas que faltam na clínica, e que acabam fazendo que a gente não ofereça um serviço de qualidade. **(RT2)**

A percepção que os RTs tinham em relação ao seu papel na melhoria de processos organizacionais dentro das suas unidades de saúde demonstrou uma compreensão de que sua atuação extrapolava os limites técnico-assistenciais da sua categoria profissional. Tal conclusão dialoga com a concepção da Governança Clínica, na medida em que se ampliam as responsabilidades coletivas (SANTOS; SÁ, 2010) e para muito além das competências técnicas incorporadas durante a formação em medicina.

Além de citar a ação do RT no apreço com os fluxos das organizações nas quais atuam, havia também uma preocupação em serem os detentores do conhecimento sobre os fluxos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Isto incluiria aspectos relacionados à regulação, que serão aprofundados em outra categoria.

[...] conhecer a maioria dos fluxos da atenção primária apesar de não conhecer todos, porque sempre tem novidade **(RT1)**

5.2.1.3 Gestão de pessoas

Outra atividade relacionada à gestão praticada pelos médicos RTs estava relacionada à gestão de pessoas. Sobre essa temática, todos os entrevistados sobressaltaram-se quase que exclusivamente sobre a mediação de conflitos, seja entre profissionais da equipe, seja entre usuários e profissionais.

[...] habilidade de gerir conflitos porque eventualmente eles vão surgir, seja entre profissionais ou profissionais e pacientes. **(RT3)**

Eu participo das outras reuniões quando tem alguma demanda mais específica, quando tem que intermediar algum conflito ou quando tem alguma questão, assim, gerencial daquelas de fim específico que eu precisaria estar para intermediar.

Teve uma outra vez que teve uma briga entre a enfermeira e entre os ACS eu tive que participar da reunião só para acalmar um pouco os ânimos e ver como é que estava **(RT1)**

[...] chamar outro profissional mesmo para uma advertência. **(RT4)**

Tem uma situação bem recente que familiar da paciente foi fazer uma reclamação à gerência sobre um diagnóstico que ela achou que foi dado de uma forma não adequada em um local não adequado. Eu ouvi o relato, e para a gente pensar junto o que a gente ia fazer, e a primeira opção foi, vamos convocar o profissional para a gente ouvir a versão dele, [...] como essa queixa dessa paciente foi de uma ação médica a gente pensou junto, tanto eu quanto a gerência, sempre eu estou presente em tudo. **(RT4)**

As motivações para esses conflitos não foram abordadas em profundidade pelos participantes, porém a mediação sempre foi tratada como um exercício desafiador. O trabalho em equipe é uma das características do processo de trabalho da APS, e agrega ainda maiores dificuldades ao ser composto da mais variada gama de categorias profissionais (PEDUZZI; AGRELLI, 2018).

5.2.2 Segurança

A temática da segurança do cuidado foi referida de maneira discreta e não literal pelos entrevistados. A preocupação com a segurança do paciente surgiu a partir de constatação de erros no âmbito da prescrição farmacêutica e na condução de casos graves. Apenas uma RT abordou o assunto.

[...] a farmacêutica traz para mim a questão de prescrição errada [...]

[...] um caso, seja que eu vi no Sisreg, ou que eu avaliei no prontuário [...] e o caso está sendo mal conduzido pelo médico de equipe, eu consigo me lembrar de casos de câncer, caso que estava com BI-RADS 5⁵ já, e o médico decidiu que ia esperar para fazer uma biópsia, pediu uma mamografia quando a gente já podia estar caminhando mais rápido. **(RT1)**

Consenso entre os maiores pesquisadores desse tema no âmbito da saúde, os erros na assistência sempre existirão (FERNANDES *et al.*, 2014). A ferramenta da auditoria, enraizada na prática do médico RT da APS carioca permitiu que se agregasse a esse profissional uma atuação como barreira à ocorrência de eventos adversos, como explicado pela teoria do Queijo Suíço, de James Reason (REASON, 2000) na redução de eventos adversos. Essa temática ganhará um destaque no texto, adiante.

O caráter educativo pós-auditoria e pós-erro, como contramedida a fim de corrigir desempenhos profissionais, foi abordado com bastante profundidade e a ele também caberá uma análise à parte.

A abordagem desse tema reverberou uma contribuição discreta dos entrevistados sobre a temática, aventando-se dúvidas sobre a compreensão do RT em relação à segurança do cuidado como algo que mereça seu olhar e atuação. O abastecimento de insumos, abordado na categoria de gestão de processos, poderia ter relação com a manutenção da maleta de emergência completa, às rotinas das salas de procedimentos, entre outros itens relevantes para prevenção de danos que são sensíveis ao trabalho do médico RT.

5.2.3 Monitoramento Clínico

Dentro da esfera conceitual do monitoramento clínico o campo permitiu extrair para a discussão majoritariamente elementos relacionados às subcategorias: **Auditoria Clínica e Vigilância em Saúde.**

5 A Classificação BI-RADS diz respeito à Breast Imaging Reporting and Data System, , publicado pelo Colégio Americano de Radiologia. Utiliza categorias de 0 a 6 na descrição dos achados dos exames radiológicos e prevê recomendação de conduta para cada categoria. Fonte: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/parametros-prog-e-rastreamento-ca-de-mama.pdf>. Acesso em 08/09/2020.

5.2.3.1 Auditoria Clínica

A auditoria clínica pode ser definida como “uma análise crítica e sistemática da qualidade dos cuidados médicos, incluindo os procedimentos de diagnóstico e tratamento, a utilização de recursos e os consequentes resultados e a qualidade de vida para o doente” (SANTOS; SÁ, 2010).

A regulação da prática médica foi contemplada nesta categoria de análise. Como ação mais claramente atribuída aos médicos RTs, ressaltou-se a regulação de encaminhamentos aos outros níveis de atenção.

[...] a gente é responsável pela avaliação da lista de regulação. **(RT1)**

[...] eu acho que regulação, hoje em dia, é (papel) mais claro, você é o regulador da unidade. **(RT3)**

A descentralização da regulação ambulatorial ocorrida no município do Rio de Janeiro, abordada em capítulo anterior, conferiu aos médicos RTs o papel de *gatekeeper* ao atribuir-lhes a responsabilidade pelo controle de encaminhamentos para exames e especialistas (SANTOS; GIOVANELLA, 2016). Conforme já discutido, esse novo modelo de coordenação iniciou-se em 2012 e foi atribuída especificamente a esses profissionais. Isto posto, subentende-se que essa função era clara para o RT, no sentido de autorizar, negar e devolver solicitações, sendo ele, na maioria das vezes, o único regulador da unidade.

Os profissionais demonstraram que, ao regular, extrapolavam a abordagem burocrática e utilizavam os frutos desse trabalho de qualificação da fila de espera para formação continuada de outros profissionais. Captou-se em uma das entrevistas a tentativa, às vezes frustrada, de utilizar as solicitações erradas ou incompletas, para a abordagem de outros profissionais em relação à sua resolutividade.

[...] (eu mando) "eu estou devolvendo isso daqui eu estou negando esse SISREG" para ele ter ciência... e nas equipes um pouco mais de difícil manejo, eu notifico sempre por e-mail a devolutiva e vou até o profissional, então eu faço sempre duas devolutivas, tanto pessoalmente como por e-mail para registrar. **(RT4)**

Nessa lógica, entendeu-se que a atuação do médico RT previa não só aprimorar a coordenação, como também garantir a integralidade do cuidado, mantendo na APS os

casos que não necessitam de encaminhamento e apoiando seus pares na ampliação de seu conhecimento técnico.

A efetiva regulação de derivações para a atenção secundária, terciária e quaternária lança inúmeros desafios: (1) de se estabelecer horário protegido, que seja fortuito em relação a abertura das agendas de vagas (muitas vezes próximo das seis da manhã ou meia noite); (2) evitar a inadequação de realizar-se de maneira remota, a partir do domicílio, computando-se horas-extras de trabalho; (3) preocupar-se com o absenteísmo; (4) exercer devoluções e negativas em tom de educação continuada para os médicos assistentes; (5) responder às demandas judicializadas; (6) trabalhar com um painel de escassez de vagas em diversos fluxos.

Outra abordagem dada à temática "auditoria" se referiu neste estudo ao registro em prontuário. Essa avaliação poderia ser realizada em momentos e encontros destinados para tal, através de reuniões de uma Comissão de Revisão de Prontuário (CRP), ou durante o atendimento de um usuário com consultas prévias realizadas por outros profissionais.

O RT hoje faz parte da comissão de prontuário, então a gente acaba avaliando esse prontuário uma vez por mês, é uma avaliação criteriosa. **(RT3)**

Eu fazia parte também da comissão de avaliação de prontuário então unia o útil ao agradável [...] a gente costuma, costumava discutir bastante as questões de preenchimento de prontuário de tudo mais. **(RT2)**

Os que eu acabo atendendo, que aí eu acabo fazendo revisão do prontuário ou na comissão de prontuário também, RT eu estava na comissão de prontuário. **(RT1)**

A realização mensal das reuniões de CRP está presente nos Contratos de Gestão da SMSRJ com as OSS desde 2009, como um dos indicadores de desempenho a ser alcançado. A composição dessa comissão não apareceu descrita nestes documentos, surgindo apenas em 2016, na publicação em Diário Oficial do município, de um Regimento Interno. Este documento estabeleceu que, para uma determinada OSS, a composição dessa comissão incluiria o Médico RT da Unidade de Saúde; o Gerente Técnico da Unidade ou Diretor; Enfermeiro; um técnico de enfermagem; um profissional da equipe de Saúde Bucal; e pelo menos um agente Comunitário de Saúde (RIO DE JANEIRO, 2016).

Por esse fragmento, podemos notar que a dupla função (gestão mais assistência), citada por vezes como uma sobrecarga, poderia significar uma complementaridade, uma via de legitimação para a instauração de pontos de correção nos processos de trabalho.

5.2.3.2 Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde foi uma outra subcategoria que emergiu do campo. A vigilância foi citada como avaliação e acompanhamento de indicadores de desempenho assistencial da unidade.

Alguns participantes sugeriram que caberia ao médico RT monitorar, por exemplo, o acompanhamento de gestantes e crianças, sobretudo nas equipes que apresentaram casos recentes de óbitos materno infantis. A instrumentalização das equipes, com o uso de planilhas de vigilância, pareceu ser uma contribuição desse profissional, que tinha o hábito de analisa-la, junto do gestor da unidade, para interferir caso haja falha de acompanhamento.

[...] a gente criou uma planilha de vigilância para todas as equipes, que a gente (RT e gerente) olhava junto para cobrar junto [...] aí ela (a gerente) me pede ajuda para cobrar, para vigiar.

Eu tenho uma equipe que tem uma alta taxa de mortalidade materna infantil, então eu acho que é a minha função fazer esse tipo de... detectar esse tipo, ver como é que está esse acompanhamento desse pré-natal, dessa puericultura. (RT4)

Há discordâncias em relação à essa prática, como ressaltado por RT5, que fez uma crítica ao alinhamento dessa função ao médico RT. Sua visão foi de que o monitoramento de indicadores era de responsabilidade nuclear de uma equipe de assistência e não desse profissional.

Eu não vejo como uma obrigação do RT analisar e avaliar frequentemente os indicadores, eu vejo que como é algo que está atrelado à responsabilidade da equipe de assistência. (RT5)

O monitoramento traz um olhar mais atento sobre os principais indicadores das linhas de cuidado que são foco da ESF, entidades que englobam desde as mais prevalentes doenças crônicas não transmissíveis, doenças negligenciadas e períodos críticos do ciclo de vida (FRANCO; FRANCO, 2012). Essa avaliação dos resultados provenientes do cuidado em saúde poderia ser uma tradução dos preceitos donabedianos (DONABEDIAN, 1988), que postulou como elementos da qualidade aspectos

processuais, diretamente relacionados às práxis dos profissionais de saúde, a serem reformulados na medida em que não se atinjam os desfechos esperados.

A GC tem como pilar essencial o desenvolvimento de uma cultura de avaliação de processos e de resultados clínicos e em saúde, tanto na esfera individual quanto na unidade de saúde como um todo (SANTOS; SÁ, 2010), dialogando com o estabelecimento dessa prática nas unidades de APS, fomentada e suportada pelo médico de RT como parte de seu papel na melhoria da qualidade.

5.2.4 Educação

Em se tratando das iniciativas destinadas à educação permanente ou continuada, ao ensino que pretendia atualizar e reciclar os conhecimentos dos profissionais técnicos, nota-se uma diferença significativa das práticas entre as unidades que possuem RMFC daquelas que não se configuravam como unidades-escola. Enquanto as primeiras apresentam de maneira espontânea uma tendência a desenvolver atividades acadêmico-científicas com alguma regularidade as demais apresentam uma dificuldade maior em manter uma agenda educacional, realizando esse tipo de ação de maneira mais oportuna do que programado, a partir de convocações da CAP para capacitações, por exemplo.

Nas unidades de RT1 e RT2, a RMFC estava presente e observamos esse padrão tratamento do eixo educação em serviço:

[...] protocolos clínicos são muito discutidos em sua unidade de forma natural, sem ser um movimento único do RT, pois se trata de uma unidade de residência. **(RT2)**

[...] gente também atua [...] na divisão de tarefas e compartilhamento de reuniões, até mesmo aulas na unidade.

Também fazemos estudos de temas clínicos, da mesma forma pode ser algo que a gente identificou, eu, gerente ou a equipe de enfermagem, pode ser algo mesmo que a CAP sugere, às vezes eles mandam algumas capacitações que a gente tem que fazer inclusive mandarem lista de presença assinada comprovando que foram feitas na unidade, nem sempre condiz com a demanda real do que a gente está passando na clínica, mas a gente acaba fazendo porque, a meu ver, pelo menos, uma revisão, assim, de algo que seja prevalente não é de todo ruim. **(RT1)**

Para RT4, que trabalha em uma unidade exclusivamente assistencial, a educação permanente parecia ser uma prática de entrelinhas, sem uma agenda própria, que se dá

ou não durante os atendimentos, entre eles, no cotidiano da unidade mais do que com uma agenda:

[...] acho que como RT responsável técnica da unidade eu tenho que conhecer os meus profissionais e tentar não só capacitá-los [...] até para eu conseguir intervir se é o profissional, se é a equipe que é vulnerável. **(RT4)**

A proposta da Educação Permanente em Saúde é estratégica no SUS e na APS para a formação e desenvolvimento de seus trabalhadores e visa articular a integração entre ensino, serviço e comunidade. Em 2004 ela é instituída como uma política pública de formação e desenvolvimento, articulando necessidades e possibilidades de desenvolver a educação dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde (BRASIL, 2004). Nesse sentido, a Educação Permanente, além da sua dimensão pedagógica, deve ser notada também como uma importante ferramenta de gestão, como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” buscando como desfecho final efeitos positivos concretos na assistência aos usuários (BRASIL, 2012b).

De uma maneira geral, a impressão foi a de que o RT médico da APS carioca exercia uma liderança clínica que representava uma figura de referência para a discussão de casos mais complexos, uma fonte de segunda opinião para modificação ou retificação de condutas.

5.2.5 Responsabilidade

De modo unânime, a cobertura de equipes sem profissional médico foi mencionada pelos participantes como de escopo do seu cargo. Todos os profissionais entrevistados referiram sua referência na solução de vacâncias, não deixando equipes sem atendimento médico.

[...] gente faz das equipes que estão sem médico. **(RT4)**

[...] cobrir equipes que não estavam completas, equipes sem médicos. **(RT2)**

Por ser preceptora, mais por ser preceptora do que por ser RT, mas eu acredito que se fosse uma unidade sem residência eu acho que o RT acumularia ainda mais essa função de dar suporte para as áreas sem médico [...] tem turnos que eu vou para atendimento direto, não é tão frequente, mas existem, e sempre dão suporte para enfermeiros de qualquer equipe quando não tem médico de referência na unidade. [...] acredito que é uma opinião minha, eu acho que não tem nenhum lugar definido que essa é uma função da RT, mas como responsável da unidade acaba se responsabilizando para quando as coisas dão errado. **(RT1)**

Um dos entrevistados atribuiu ao médico RT a responsabilidade na condução de situações emergenciais dentro da unidade, independente da adstrição do paciente em situação crítica

[...] chega alguém passando mal na sala de observação e nem sempre você é o médico da equipe daquele usuário que chegou passando mal, às vezes chega passando mal a exemplo de uma parada cardíaca e às vezes a gente tem uma equipe que é a equipe desse usuário sem o profissional médico no dia ou até que está com essa vacância, ou a gente tem um profissional, às vezes, recém formado, às vezes não recém formado, mas que não tem hábitos de lidar com uma situação mais emergencial, eu acho que entra o papel da competência técnica de lidar com uma situação mais emergencial na unidade. **(RT5)**

Essa noção de responsabilidade do RT que extrapolava o cuidado para além dos usuários da sua própria equipe não se limitaria à casos como assinalado acima, mas também à pacientes de maior vulnerabilidade, de difícil manejo, com atravessamentos sociais delicados.

[...] (me responsabilizo) pelo acompanhamento de pacientes mais graves ou mais complexos da unidade, independente de ser nossa equipe.

[...] teve paciente com tuberculose que era envolvido no tráfico e a gente estava com residentes novas e eu acabei assumindo para fazer as visitas ao paciente, fui duas vezes lá onde ele estava, e realmente também era uma situação que eu não queria colocar os residentes em risco, não considerei colocar a preceptora porque ia assumir mesmo o papel de RT para ir lá.

Casos de câncer já assumi também, alguns pacientes, por mais que eu tente fazer um cuidado compartilhado com médico de equipe acaba um pouco se referenciando a mim, eu tenho feito cada vez menos isso. **(RT1)**

Outra responsabilidade dos RTs dizia respeito às demandas legais e burocráticas que derivaram do cuidado. Eventualmente, as unidades recebiam notificações de processos judiciais nos quais os usuários pleiteavam acesso a algum exame ou consulta especializada. Apesar de não necessariamente tratar-se de um usuário da equipe do médico RT, pareceu haver um entendimento de que seria da alçada deste profissional

[...] (se preocupar com) Ministério Público, câmara de litígios, lá na minha unidade a gente tem bastante **(RT4)**

5.2.6 Promoção da Qualidade

A práticas de promoção da qualidade apareceram de forma diluída em diversas outras categorias. Os RTs apresentaram consciência em relação à utilização de protocolos baseados em evidência e na difusão desses para os outros profissionais. RT2 relata que os protocolos clínicos são muito discutidos em sua unidade de forma natural, sem ser um movimento único do RT, pois se trata de uma unidade de residência.

Eventualmente, segundo RT1, os médicos RTs foram convidados a colaborar com a confecção de protocolos municipais. Em um momento posterior, esses profissionais atuariam como multiplicadores.

Eu já fui convidada algumas vezes para ir para a CAP para ajudar inclusive a montar protocolos, depois, transmitia na unidade. **(RT1)**

Não houve uma citação literal do desenvolvimento de protocolos exclusivos de suas unidades, se valorizando a utilização daqueles desenvolvidos pela SMRJ, MS e outras organizações consagradas pela formulação de diretrizes clínicas atualizadas.

5.2.7 Dimensão Sistêmica

Gomes (2014,) explorando a polissemia da Governança Clínica, facultou à dimensão sistêmica três principais núcleos de sentido: suporte, sustentabilidade e rede de apoio a distância. Todos as três práticas que definem sobremaneira a disponibilidade do RT em sanar dúvidas, capacitar as demais categorias, estar sempre acessível, mesmo que remotamente parecem ecoar nos relatos destacado a seguir:

[...] ser alguém que está ali para dar suporte a outras colegas, tanto técnico, desde ajudar e discutir um caso clínico, ou a pensar junto sobre o paciente. **(RT3)**

[...] outras elas me chamam para tirar dúvidas

[...] a gerente recebeu uma queixa de um paciente, como é que ela procede, se o paciente tem embasamento no que ele está dizendo ou não, pedindo uma opinião mais profissional ou técnica. **(RT4)**

Por fim, dado o somatório de atribuições, algumas falas remeteram ao estabelecimento do médico RT como uma referência em muitos sentidos para os outros profissionais da unidade. O *role model* poderia ser representado pelo seu comportamento, profissionalismo e liderança clínica.

O RT acaba sendo também uma imagem de referência dentro da unidade, de postura, por causa da questão de chegar no horário, não faltar, estar sempre procurando o melhor, estar sempre mostrando uma atitude positiva em relação ao cuidado dos pacientes, independente de ser da área da equipe ou não. **(RT1)**

Se você é líder de certa forma tem que servir de exemplo. **(RT5)**

Apesar de toda a abrangência das sete dimensões aqui exploradas, da dificuldade em se estabelecer o verdadeiro papel dessa figura de liderança, notamos que os atores entrevistados alinham suas práticas a alguns pressupostos da GC, por maior que seja o desconhecimento acerca desse conceito.

5.3 CONDIÇÕES QUE INFLUENCIAM NO TRABALHO DO MÉDICO RT

Uma das características mencionadas como determinante para ocupar o cargo de médico RT foi o conhecimento técnico. Neste sentido, também surgiram falas que atribuem a formação profissional como pré-requisito para a função, sendo a RMFC uma passagem determinante para o desempenho:

Eu acho que a principal coisa que eu acho que o RT precisa ter é residência (em MFC). **(RT4)**

Se esse responsável técnico médico ele tiver uma formação prévia em medicina de família em comunidade e, preferencialmente uma formação nesse serviço, ou seja, ter feito, de fato, uma residência, eu acho que agrega bastante valor e tem um diferencial ali no dia a dia.

Tem que ser uma pessoa boa tecnicamente [...] tem que ter, pelo menos, uma qualificação técnica para estar no cargo para não ser o exemplo errado a ser seguido.

Quando o RT médico ele tem uma formação prévia em medicina de família, então, assim, os RT mesmo que são, de fato, médicos de família eu não tenho tantos problemas em termos de organização do processo de trabalho da unidade, comitê de óbito, de fazer auditoria de prontuário, verificar regulação da unidade, fazer capacitação das unidades medicas, conversar com as outras categorias... isso a gente não tem tanto problema. Eu vejo uma maior fragilidade, eu não sei nem se é dificuldade, mas é fragilidade, dos RTs que não tem essa formação prévia em conseguir multiplicar ou descentralizar as informações para dentro da unidade, então, assim, eu vejo que eles capacitam

esses profissionais, mas eles são pessoas interessadas, são tecnicamente competentes, a grande maioria são recém-formados, egressos, mas que fizeram uma boa formação. **(RT5)**

A formação em Saúde Pública também foi citada.

Eu posso dizer que eu tenho um certo luxo de ter RTs, na sua grande maioria, tecnicamente competentes, porque são formados, de alguma maneira em saúde pública, em medicina de família. **(RT5)**

A disponibilidade do médico para o serviço também foi ressaltada como um fator que influencia diretamente. Na APS os médicos podiam ser contratados para atuar 20 ou 40 horas semanais.

A gente tem cenários hoje de novas unidades que estão tentando que o RT tenha adesão total durante o funcionamento da unidade, ou seja, esse profissional não teria, por exemplo, folga, que a gente no Rio chama de *day off*, ele não poderia compensar, ele teria que ser quarenta horas de segunda a sexta. **(RT5)**

O médico RT, como regulador exclusivo em uma unidade de saúde, uma atividade cíclica e laboriosa, pois todos os dias surgiam novas solicitações e vagas para agendamento, além de agregar funções assistenciais para milhares de pessoas sob sua adstrição, poderia acabar deixando à parte as demais prerrogativas do cargo. Quando arguidos sobre a sobreposição de funções e acúmulo de cargos, sobre o equilíbrio de despendar horas exclusivas as tarefas da responsabilidade técnica e da assistência, afirmaram que

Meu dia é muito corrido, eu não tenho horário para fazer gestão de nada, se não estou na clínica ou visita domiciliar ou na minha reunião de equipe, então tem pouco tempo de troca, qualquer troca é troca informal, é a troca do corredor, é a troca do almoço. **(RT3)**

Acaba ficando sobrecarregado, é difícil você lidar com as duas funções ao mesmo tempo. É quase impossível exercer bem ambas as funções, ou seja, você ser referência da sua equipe, da conta da demanda assistencial da própria equipe e dar todo esse apoio aos processos de trabalho, apoio gerencial, apoio técnico para as demais categorias, enfim, é bem complexo. **(RT5)**

O acúmulo de funções também foi atribuído como uma limitação ao desempenho da responsabilidade técnica, e foi um dos temas mais abordados pelos entrevistados. Na APS a variabilidade de atividades desempenhadas pelos profissionais, as diversas

queixas, desde clínicas até a preocupação com questões familiares e sociais, por si só já demandavam grande disponibilidade dos sujeitos que nela atuam. Agregar a responsabilidade técnica à um cenário de práticas complexas pareceu ser desafiador.

O RT como também médico de equipe, acho que fica muita sobrecarga... o profissional está à frente de uma equipe, tem seus atendimentos [...] você ainda tem que lembrar disso tudo e ainda está à frente de uma equipe de 40 horas. **(RT4)**

Apesar de não estar vinculado diretamente a uma agenda própria de atendimentos enquanto preceptor, o médico RT que aglutinava os dois cargos também tinha dificuldades, tanto para diferenciar o que era do escopo do trabalho de um ou de outro, quanto para dedicar-se especialmente à gestão da unidade. Alguns relataram que a função de RT fica em um segundo plano, dedicando-se mais à preceptoria. Outro profissional trouxe a reflexão de que, apesar de atuar simultaneamente nas duas funções, acredita que consegue executar melhor seu papel de RT, em comparação aos casos em que o RT é médico de equipe.

No dia-a-dia em si, não tem uma separação de horário específico para fazer isso. Eu acabo fazendo nos intervalos, algumas vezes priorizo atividade do RT em vez de estar no atendimento direto, na supervisão de residente, por exemplo, mas não é sempre... acaba sendo dependente da prioridade de cada demanda

Mesmo estando como preceptora, a demanda do dia a dia, para ajudar no atendimento ou para estar resolvendo questões com os residentes, ela é mais direta, digamos, então eu acabo me dedicando mais para isso do que para as atividades de RT. **(RT1)**

Eu acho que, em uma clínica grande, se o RT não for de uma equipe de residência, ele tem essa dificuldade de assumir as duas funções, a equipe e a responsabilidade técnica. **(RT2)**

Um dos RTs relatou que dividia a responsabilidade técnica com um outro profissional dentro da unidade. Tal divisão se dava dentro da unidade, porém, para o CREMERJ, apenas um deles estava cadastrado como diretor técnico. Tal organização foi pensada uma vez que a unidade de saúde possuía 14 equipes de saúde da família, o que garantia à mesma maior complexidade, sobretudo em relação à gestão de pessoas.

[...] por causa do tamanho da unidade e do número de profissionais, além de ser uma unidade grande com quatorze equipes como a gente tem ainda mais esse último ano, todas as equipes com residência têm um número muito grande de profissionais na clínica, então acaba que você assume todas as

responsabilidades sozinho fica mais difícil ter alguém para compartilhar, é bom compartilhar. **(RT2)**

Diante das diversas falas sobre as dificuldades em se exercer o trabalho do RT em combinação à outras funções, aventou-se a possibilidade de ter-se um médico RT destacado, fora de uma equipe de assistência e da preceptoria, mas ainda dentro da unidade de APS. Sobre esta questão, evidenciaram-se opiniões.

Eu acho que para a função de RT ele não deve estar à frente de um atendimento, de uma equipe
 Numa unidade grande eu acho que o RT fora do atendimento seriam bem interessante **(RT4)**

[...] eu não vejo muito essa figura médica exercendo essa função de forma plena. Ou seja, com todas as competências sendo exercidas bem, sem ser acionado para outras funções. Vou dar um exemplo: vamos pensar numa unidade com seis equipes, durante seis meses do ano vão ter profissionais médicos que sejam vinculados a essas equipes de férias, e esse médico fora de equipe vai servir de alguma maneira como uma substituição para uma vacância momentânea... eu acho que a gente acaba desviando ele de alguma maneira da função que ele deveria estar exercendo. **(RT5)**

Em suma, a falta de um horário protegido para que os profissionais se dedicassem às atribuições do cargo reverberou de modo universal entre os entrevistados.

[...] eu assumo a minha equipe, nesse meio tempo eu sempre vou recebendo e-mail de uma câmara de litígios, de Ministério Público, sempre orientando os outros médicos quanto os fluxos, para onde encaminhar, avaliação durante as consultas, eles sempre pedem ajuda também do que fazer, e tentando dar apoio na gerência. [...] eu tenho um turno semanal, um turno que seria de atendimento na unidade, para olhar as pendências do SISREG e resolver algumas outras pequenas burocracias, mas que quase nunca a gente consegue exercer porque ou a unidade está cheia **(RT4)**

Não tem espaço para isso. Se eu devolvo uma “vaga”, você recebe a devolução impressa e você que resolva. Não acontece de sentar junto e (falar) “vamos pensar junto o que dá para fazer?” **(RT3)**

Eu gostaria como RT de estar supervisionando mais os encaminhamentos e coisa que eu nem sempre consigo fazer, então acredito que seria isso, seria mais... um tempo mais protegido mesmo para poder fazer essas atividades sabe **(RT1)**

Todos os entrevistados relataram dificuldades em compreender quais as atribuições relacionadas ao cargo por conta da ausência de normativas claras para o médico RT da APS, ressaltando aquilo que foi um dos grandes impulsos para esta pesquisa:

Falta a gente ter uma definição do que é o esperado que é um médico RT, quais são as funções de um médico RT. É uma pactuação isso também, né, não deve ser unilateral, deve ser uma construção coletiva das funções do RT para também não ser algo que a gestão cria, e é uma gestão que está longe do dia a dia, das funções também do médico da equipe. **(RT1)**

“A gente vê, assim, os profissionais um tanto quando perdidos em termos de saber de fato, o que é obrigação do gestor local, (diretor ou gerente) e do RT médico, o que é de competência técnica do responsável técnico. **(RT5)**

As atribuições do RT que sempre foi uma dúvida na minha cabeça. No princípio fiz uma pequena pesquisa de campo, perguntei para uns conhecidos RTs, falei com a RT da CAP, fiz até uma pequena reuniãozinha com ela, eu e ela para tentar entender o que de fato eu precisava, o que não precisava, e aí que eu descobri que não existe ainda uma normatização de fato sobre os médicos RTs e nossa atribuição. Eu fui pegando o que eu achava que era de nossa entre aspas obrigação junto com que eu achava que era utilidade de fazer e ajudar a unidade

Não sei se de fato seria o meu papel, mas gostaria de fazer mais capacitações na minha unidade, e que também não tenho tempo para fazer **(RT4)**

Como ressaltado em uma dessas falas acima, a existência de um profissional de referência para os RTs da assistência, como um suporte na CAP, foi importante, tanto para apoiá-los em relação à compreensão de suas atribuições, quanto para esclarecer fluxos da rede de atenção, ou, até mesmo, sanar dúvidas clínicas. O RT da CAP em geral exercia esse papel na área programática estudada, como um apoiador institucional (MERHY *et al.*, 2006), o que pareceu ser diferencial para os RTs entrevistados.

A trajetória do RT em uma mesma unidade pareceu ser fundamental para seu desempenho, tanto em relação à sua legitimidade perante a equipe quanto para os usuários. O tempo como fator isolado não seria o suficiente, mas sim como se deu seu percurso, mostrando-se como uma referência para o restante dos profissionais. A nomeação do RT era realizada pelo gestor local, não se tratando de uma decisão coletiva. O critério esperado, de acordo com a fala dos gestores entrevistados na primeira fase da pesquisa (compreensão do contexto de implantação), deveria ser o do conhecimento técnico, mas os RTs entrevistados entenderam que liderança também é um atributo a ser valorizado para a escolha.

A gente vai criando o respeito mesmo, tanto da população quanto dos outros funcionários, e o tempo de casa acaba favorecendo isso, as pessoas acabam confiando por ver a gente lá tanto tempo. **(RT1)**

Estar há bastante tempo na unidade, então já conhecer bem os funcionários, conhecer os fluxos daquela unidade. Não necessariamente precisa ser a pessoa mais capacitada, sabe? Mas esse olhar, mais de respeito e de confiar naquela

pessoa que está como sua responsável com certeza faz diferença o tempo de clínica. **(RT1)**

Outras particularidades foram citadas como necessárias ao RT foram: ser organizado; ter habilidades de comunicação; facilidades em utilizar computador e manejar planilhas; ser uma pessoa pragmática; com habilidades par manejar conflitos. A combinação destas características, ainda considerando a formação/competência técnica, disponibilidade e liderança, pareceu ser um ideal, mas ainda distante de se concretizar.

Normalmente é (escolhido) o profissional com o perfil ou formação médico de família. Se, nenhum médico da unidade tenha especialização vai ser a pessoa que tenha, às vezes, nem sempre o melhor perfil de liderança, mas o maior perfil de acessibilidade de carga horária, ou seja, vai se optar pelo médico que está quarenta horas, e não o que está vinte horas. **(RT5)**

Outras condições que afetaram sensivelmente o trabalho do RT médico, no que tangia a melhoria dos processos dentro de suas unidades, estavam relacionadas ao contexto político-gerencial. O período destinado à esta pesquisa foi atravessado por greves e trocas contratuais, reduções salariais e insatisfações de um modo geral com a gestão macro da APS. Os entrevistados identificaram um esvaziamento de suas funções e de sua capacidade de dialogar com níveis administrativos hierarquicamente superiores, traduzido por meio de uma maior verticalização de decisões relacionadas ao planejamento dos processos de trabalho das unidades.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou a implementação do cargo de médico RT da APS no município do Rio de Janeiro, levando em consideração múltiplas visões, incluindo a de gestores municipais que conceberam a RCAPS, de lideranças de classe, e de médicos que atuavam no cargo no período da coleta de dados (2019).

O surgimento do médico RT se deu como uma das inovações da reforma da APS ocorrida desde 2009 e ganhou corpo com as mudanças subsequentes visando o fortalecimento da APS carioca. Mesmo após a mudança da gestão municipal e seu progressivo processo de desconstrução da APS e da Rede de Atenção após 2017, com redução do número de equipes da ESF, demissões, mudanças no pagamento por desempenho previstas nos contratos de gestão com as OSS, houve manutenção do cargo de médico RT, com muitas das funções pregressas, o que demonstra a consolidação no modelo de atenção da cidade, fruto do reconhecimento de práticas inspiradas nos referenciais da Governança clínica. Vale refletir que, apesar de algumas discordâncias acerca da utilização do termo "reforma" para se referir à reorganização da APS no município do Rio de Janeiro, esta denominação foi adotada no presente estudo considerando referenciais que demonstraram as transformações ocorridas no contexto carioca no período de 2009-2016 (SORANZ; PENNA, 2016). Nessa mesma direção, constatou-se que o cargo do RT contribuiu na transformação no modelo de atenção e de gestão no âmbito local, atuando na micropolítica que envolve o processo de trabalho nas UBS e que culminaram na descentralização da regulação assistencial, na capilaridade da tomada de decisão para o âmbito local, no fomento à autonomia, ao empoderamento de lideranças para o fortalecimento da APS carioca.

O médico responsável técnico da APS pareceu ter um importante papel no desenvolvimento de uma cultura de melhoria dentro das unidades de atenção básica, atuando diretamente sobre o componente processual da qualidade. Este profissional buscava realizar auditoria clínica no âmbito da unidade básica, incentivar a prática da medicina baseada em evidências, manejar disputas interpessoais, reorganizar processos, atuar na gestão do risco e segurança dos usuários. Ele fazia parte de uma equipe de gestão local, tendo ainda sob sua responsabilidade a assistência aos usuários e a regulação de vagas para outros níveis de atenção.

Inspirada no modelo português e do médico generalista do NHS/Reino Unido, a concepção do cargo de médico RT se deu em um momento de grande valorização da APS

por parte da gestão municipal, de fortalecimento seu atributo de coordenação da rede de atenção à saúde, de necessidades de formação de lideranças gerenciais dentro das unidades de APS e da qualificação técnica dos profissionais das equipes de saúde. Neste movimento, valorizou-se a diretriz da Educação Permanente, que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”. Como auditor de encaminhamentos, o médico RT teria instrumentos para balizar ações formativas dentro de sua unidade, ao mesmo tempo em que evitava o uso desnecessário de recursos do sistema e garantia a coordenação do cuidado pelo médico da APS.

A normatização do cargo de RT da APS apareceu diluído entre os diversos documentos analisados, não havendo uma normativa própria para defini-lo. Ainda que insuficientes para definir o que é da alçada desse profissional, os documentos existentes, que tangenciaram o papel de um responsável técnico, foram importantes para sua criação. Aparentemente, a concepção acerca do papel desses atores e o trabalho posto em prática por eles extrapolaram as expectativas dos gestores responsáveis pela sua implementação.

Para o melhor desempenho dessa função, pressupunha-se que o profissional detivesse uma boa formação técnica e de conhecimento sobre os atributos da APS. O desconhecimento sobre as atribuições destinadas ao cargo, nesse nível de atenção, pareceu ser um nó crítico, e desde sua implantação, avançou-se pouco em maiores especificações das mesmas.

Os resultados levaram à conclusão de que há algumas tarefas consolidadas (como a regulação), porém não há uma clareza em relação a como esse profissional deve colocar o restante do trabalho em prática. Houve características desse processo que foram únicas, construídas no trabalho em ato pelos profissionais que atuaram no cargo, de forma artesanal, compondo-se por ideias próprias, opiniões de terceiros, discussões entre pares, experiências em outros campos (docência, por exemplo), para além do que foi concebido em tempos pregressos, pelo conselho de medicina.

A existência de um apoiador institucional, na figura do “RT da CAP”, parece contribuir para o esclarecimento e construção desse papel, imaginando-se que uma normativa também poderia ser insuficiente. Esse profissional poderia contribuir com o trabalho da equipe de gestão local, agindo pedagogicamente em alguns momentos, como facilitador, articulador e mediador em outros, em um cenário interno ou externo à unidade básica de saúde.

Como limitações da pesquisa, destacam-se as dificuldades do trabalho de campo, fruto de paralisações dos profissionais desde meados de 2019 até março de 2020 (que

ocorreram de maneira intermitente desde 2017). A coleta de dados com os RTs foi modificada de sua proposta presencial inicial, para o formato de entrevistas individuais remotas, por meio de vídeo-chamadas, quando se tornou impossível a realização de grupos focais, sendo necessária essa modificação no desenho inicialmente proposto. Tais paralisações foram fruto de mudanças na formulação de políticas públicas, a partir da troca da gestão municipal, implicando em menor aporte financeiro para APS. Como consequência, o número de equipes de saúde da família foi reduzido entre 2017 e 2019, os salários dos profissionais e suas gratificações também sofreram decréscimos, o abastecimento de insumos básicos se tornou escasso e a insatisfação profissional com essas medidas refletiram em diversas disputas, ora perdidas pelos trabalhadores, ora pela SMSRJ. Esse cenário, de alguma maneira infértil para iniciativas relacionadas às melhorias, teve impacto direto na fala dos entrevistados e, conseqüentemente, nos resultados da pesquisa.

Esse modelo de gestão local não havia sido implantado em outras cidades brasileiras até o momento em que se concluiu o estudo. Considerando que tais profissionais são potenciais na organização do cuidado e de outros processos dentro das unidades básicas, sobretudo em realidades como a do município do Rio de Janeiro, com estabelecimentos de grande porte, com grande número de equipes, acreditou-se que ele pode ser replicado em outras realidades, executando-se as adaptações locais necessárias. O estudo se fez potente por sistematizar o escopo de atuação de uma amostra de RTs de uma determinada região, trazendo a luz o trabalho desse profissional no âmbito da Governança Clínica, aplicada no nível local, temática pouco encontrada na gama de pesquisas sobre a APS, principalmente no Brasil.

Este trabalho buscou, mais que comparar o grau de concordância entre o entendimento dos responsáveis técnicos com o que foi posto pelas escassas normativas que os regulamentam, promover um olhar aprofundado para o efeito positivo que esses atores podem acarretar para suas unidades e para a APS.

À luz do estudo realizado, entendemos que pareceu necessário um maior debate por parte dos gestores sobre as atribuições do RT, incluindo os dilemas e dificuldades do cargo. Urge-se a formulação de normativas específicas, considerando que este cargo é uma particularidade da APS carioca, e que não está documentado na PNAB, tão pouco nas resoluções federais do conselho de classe. A formação continuada desses atores, no que tange o desenvolvimento de habilidades e conhecimento sobre a Governança Clínica

e outras ferramentas da melhoria da qualidade, pode ser potente para o melhor aproveitamento de seu trabalho.

REFERÊNCIAS

BISCAIA, A. R.; HELENO, L. C. V. A reforma dos cuidados de saúde primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 701-711, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>. Acesso em: 8 fev. 2021.

BISCAIA, A. *et al.* **Cuidados de Saúde Primários em Portugal** - Reformar para Novos Sucessos. 2. ed. Lisboa: Padrões Culturais, 2006.

BRASIL. **Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932**. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20931.htm. Acesso em: 1 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 16 de fevereiro de 2004. p 37

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília, DF, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf >. Acesso em: 08 mar. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em saúde**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_10.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jul. 2011b. Seção 1, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mais perto de você - acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cobertura da Atenção Básica**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 10 fev. 2019.

CALNAN, M.; HUTTEN, J.; TILJAK, H. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface. *In*: SALTMAN, R. B.; RICO, A.; BOERMA, W. (Org.). **Primary care in the driver's seat?** organizational reform in European primary care. Maidenhead, New York: Open University Press, 2006. p. 85-104.

CAMPOS, W. S. C. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CAMPOS, C. E. A.; COHN, A.; BRANDÃO, A. L. Trajetória histórica da organização sanitária da cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovação e conquistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1351-1364, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1351.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2019.

CARRAPIÇO, E. I. N.; RAMIRES, J. H. V.; RAMOS, V. M. B. Unidades de Saúde Familiar e Clínicas da Família: essência e semelhanças. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 691-700, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300691&script=sci_abstract&tIng=pt. Acesso em: 8 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução n. 997 de 23 de maio de 1980**. Cria nos CRMs e no CFM, os Cadastros Regionais e o Cadastro Central dos Estabelecimentos de Saúde de Direção Médica. Brasília, 1980.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução n. 1.342 de 16 de abril 1991**. Estabelece normas sobre responsabilidade e atribuições do Diretor Técnico e do Diretor Clínico. Brasília, 1991.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução n. 1.352 de 17 de janeiro de 1992**. Permite ao profissional médico assumir a responsabilidade, seja como Diretor Técnico, seja como Diretor Clínico, em no máximo 2 (duas) instituições prestadoras de serviços médicos. Brasília, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução nº 1.481 de 08 de setembro de 1997**. Determina que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no País deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes desta Resolução. Brasília, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução nº 1.980 de 11 de julho de 2011**. Fixa regras para cadastro, registro, responsabilidade técnica e cancelamento para as pessoas jurídicas, revoga a Resolução CFM nº 1.971 e dá outras providências. Brasília, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução nº 2.007 de 08 de fevereiro de 2013**. Dispõe sobre a exigência de título de especialista para ocupar o

cargo de diretor técnico, supervisor, coordenador, chefe ou responsável médico dos serviços assistenciais especializados. Brasília, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução nº 2127 de 29 de outubro de 2015**. Estabelece critérios para a ocupação da função de diretor técnico que será aplicada em Postos de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde, Caps I e II, Caps i, Postos de Perícias Médicas da Previdência Social e Serviços de Hematologia e Hemoterapia, quando de sua inscrição nos Conselhos Regionais de Medicina. Brasília, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). **Resolução nº 2.147 de 27 de outubro de 2016**. Esclarece a obrigatoriedade de empresas ou instituições de intermediação da prestação de serviços médicos, como seguradoras de saúde, planos de saúde, cooperativas médicas e instituições de autogestão, de contarem com esses profissionais como diretores técnicos. Brasília, 2016.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Manual do diretor técnico** / org. pelo CPEDOC. 1ª ed. Rio de Janeiro, 2001.

COSTA E SILVA, V. **Terceiro setor e parcerias na saúde**: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

COSTA E SILVA, V.; RIBEIRO, P. B.; ALONSO, V. H. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1365-1376, maio 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501365&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 8 fev. 2021.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. *In*: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 51-66.

DONALDSON, L. J.; GRAY, J. A. M. Clinical governance: a quality duty for health organizations. **Quality in Health Care**, Oxford, v. 7, n. supl., p. s37-s44, 1998.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, Chicago. v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-48, 1988.

ENGSTROM, E. M.; MOTTA, J. I.; VENÂNCIO, S. A. A formação de profissionais na pós-graduação em saúde pública e atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1461-1470, maio 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000501461&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 8 fev. 2021.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 2, 2007.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/164-176/>. Acesso em: 8 fev. 2021.

FERNANDES, L. G. G. *et al.* Contribution of James Reason to patient safety: reflection for nursing practice. *J Nurs UFPE*, Recife, v. 8, n. supl. 1, p. 2507-12, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/6217>. Acesso em: 8 fev. 2021.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445762/mod_resource/content/1/LINHAS_DO_CUIDADO_INTEGRAL.pdf. Acesso em: 8 fev. 2021.

GOMES, R. *et al.* A polissemia da governança clínica: uma revisão de literatura. **Ciê. & Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 241-249, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2431.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2021.

GRABOIS, V. Gestão da Clínica. *In*: OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. p. 159-197.

HARZHEIM, E. *et al.* Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800013. Acesso em: 8 fev. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Medicare**: a strategy for quality assurance. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st century. Washington, DC: The National Academies Press, 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MAFFEI, S. **A criação do cargo de gerente na Estratégia de Saúde da Família**: o caso do Município do Rio de Janeiro. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2019.

MERHY, E. E. *et al.* **Trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate** [online], Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042018000100011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 mar. 2019.

NICHOLLS, S. *et al.* NHS Support Team. Clinical Governance: Its Origins and Its Foundations. **British Journal of Clinical Governance**, v. 5, n. 3, p. 172-178, 2000. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/14777270010734055/full/html>. Acesso em: 8 fev. 2021.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Societ.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902004000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília, DF: OPAS, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Série Técnica Inovação na Gestão. **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro** – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], Botucatu, v. 22, n. supl. 2, p. 1525-1534, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601525. Acesso em: 8 fev. 2021.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601903&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 8 fev. 2021.

PINTO, L. F. *et al.* A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26422016>. Acesso em: 8 fev. 2021.

- PIRES, A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. *In: POUPART, J. et al. (Org.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- PORTELA, M. C. Avaliação da qualidade em saúde. *In: ROZENFELD, S. (Org.). Fundamentos da vigilância sanitária*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 259-269.
- REASON, J. Human error: models and management. **Brit med J.**, p. 768-70, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>. Acesso em: 8 fev. 2021.
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Ofício Circular n.º 10/2011** – S/SUBPAV/SAP. Rio de Janeiro, 2011.
- RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **SISREG** - Protocolo para o Regulador - Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais. Rio de Janeiro: SMS-RJ, 2012.
- RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: PMS 2014 – 2017**. Rio de Janeiro, 2013.
- RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Superintendência de Atenção Primária. **Reuniões RT médicos**. Rio de Janeiro, 2014.
- RIO DE JANEIRO. **Diário Oficial da Prefeitura do Rio de Janeiro**, 26 de Setembro de 2016. Disponível em: <https://doweb.rio.rj.gov.br/portal/visualizacoes/html/3221/#/p:6/e:3221>. Acesso em: 8 fev. 2021.
- SANTOS, I.; SÁ, E. Estratégias de governação clínica. **Rev. Port. Clin. Geral**, v. 26, n. 6, p. 607-613, nov./dez. 2010.
- SANTOS, A. M. dos; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde debate** [online], v. 40, n. 108, p. 48-63, 2016.
- LONDRES. Secretary of State for Health. **Working for Patients**. Londres: HSMO, 1989.
- SCALLY, G.; DONALDSON, L. J. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. **BMJ**, v. 317, n. 7150, p. 61-65, 1998.
- SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a reforma dos cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, maio 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1327.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2019.
- SORANZ, D.; PISCO, L. A. C. Reforma dos Cuidados Primários em Saúde na cidade de Lisboa e Rio de Janeiro: contexto, estratégias, resultados, aprendizagens e desafios.

Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 679-686, 2017.
Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300679&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 8 fev. 2021.

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

STAREY, N. **What is clinical governance?** [S.l.]: Hayward Medical Communications, 2001.

STEWART, M. *et al.* **Medicina Centrada na Pessoa** – Transformando o método clínico. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2001.

APÊNDICE 1 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM MÉDICOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS

1. Como você tem colocado em prática o seu trabalho como responsável técnico?
2. Na sua opinião, quais seriam as atividades profissionais esperadas de um médico responsável técnico?
3. Dessas atividades, quais você já realiza? Conte um pouco de suas experiências.
4. Na sua opinião, quais são as principais dificuldades enfrentadas para que esse trabalho seja colocado em prática? E quais seriam as condições facilitadoras?
5. Você costuma contar com o suporte de algum profissional da gestão? Cite quais profissionais, se afirmativo.
6. Como você se organiza para essa atividade de RT? (Conversar sobre Carga horária; se costuma levar trabalho para casa; se compartilha o trabalho com alguém da equipe, faz registros em meio físico ou no prontuário eletrônico)
7. Gostaria que você contasse um pouco sobre sua experiência como RT, em realizar algumas ações específicas, como:
 - a. Educação e formação para os profissionais
 - b. Uso de protocolos clínicos
 - c. Auditorias clínicas (incluem prontuários e regulação)
 - d. Mediação de conflitos
 - e. Avaliação de desempenho de profissionais
 - f. Segurança do paciente
8. Alguma habilidade pessoal para a prática do papel RT?

APÊNDICE 2 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM GESTORES

1. Você poderia contar um pouco como se deu a implantação do cargo de médico RT na APS do município do Rio de Janeiro? (Qual contexto, qual justificativa, quais inspirações e quais intenções?)
2. Quais características você acredita ser importantes para que um médico seja responsável técnico?
3. Você poderia contar um pouco sobre quais seriam, para você, as atividades profissionais do médico responsável técnico?
4. Qual a sua opinião em relação a como tem se dado o trabalho do RT hoje em dia? Por que?
5. Na sua opinião, qual são as principais dificuldades enfrentadas para que esse trabalho seja colocado em prática? E quais seriam as condições facilitadoras?

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÉDICOS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Dimensões da Governança Clínica na Atenção Primária à Saúde: as contribuições do médico responsável técnico no Município do Rio de Janeiro”**, desenvolvida pela pesquisadora Larissa Cristina Terrezo Machado, discente do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof^a Dr^a Elyne Montenegro Engstrom.

O objetivo central do estudo é construir uma proposta de normativa sobre o papel do médico responsável técnico na Atenção Primária à Saúde no que tange suas práticas clínico-gerenciais relacionadas à Governança Clínica.

Você está sendo convidado a participar por atuar como médico responsável técnico em sua unidade por pelo menos 12 meses. Sua participação é voluntária, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de reuniões de grupos focais, com o objetivo de dialogar com outros profissionais sobre o tema e responder às perguntas de um roteiro semiestruturado. A duração aproximada das reuniões será de 1 hora. A entrevista será gravada se houver autorização dos participantes. Todos os dados coletados nessa pesquisa são confidenciais e seu anonimato será garantido quando da divulgação dos resultados. Para garantir a confidencialidade, apenas o pesquisador responsável e sua orientadora terão acesso aos dados de áudio, e não farão uso destas informações para outras finalidades. Nas transcrições do áudio para texto, serão omitidas todas as informações que poderiam identificar os participantes, como informações pessoais, nome da equipe de saúde da família, etc. Na publicação dos resultados para divulgação científica, também serão omitidas todas as informações que poderiam identificar os participantes, inclusive nome da unidade de saúde na qual os dados serão coletados.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados, com acesso restrito apenas ao pesquisador responsável por 5 anos. Após esse tempo

esse material será descartado. Não será feito qualquer uso para outro fim que não essa pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A pesquisa não envolverá custos ou benefícios financeiros para o entrevistado. O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de beneficiar-se de um possível manual técnico elaborado ao final do trabalho a fim de sistematizar as ações do médico RT, dado que esse documento ainda não existe e o exercício dessa função se dá muitas vezes de forma empírica.

Os riscos ligados à sua participação envolvem o possível constrangimento durante a gravação da entrevista, a interrupção de sua rotina de trabalho para o fornecimento dos dados e o vazamento de dados confidenciais. Há ainda um risco de identificação indireta devido ao número restrito de participantes. Por questões metodológicas, não é possível a garantia de privacidade e confidencialidade das informações prestadas, uma vez que há outros participantes presentes no momento do grupo focal. A pesquisadora, a fim de minimizar a identificação dos participantes e suas contribuições ao longo da participação no grupo focal, divulgará os resultados do estudo de forma agregada.

Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação de mestrado do pesquisador, bem como em periódicos científicos. O retorno para participantes e autoridades e instituições envolvidas será feito por meio de relatório escrito sobre a contribuição de cada um para o desenvolvimento da pesquisa.

Este termo é redigido em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade.

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Site: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/>

Telefone: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro – RJ. CEP: 20031-040

Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Contato com o pesquisador responsável:

Larissa Cristina Terzezo Machado (Mestranda em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ)

Telefone: (21) 98235-9878

E-mail: laryterzezo@gmail.com

Local e Data:

Assinatura do pesquisador:

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada **“Dimensões da Governança Clínica na Atenção Primária à Saúde: as contribuições do médico responsável técnico no Município do Rio de Janeiro”** e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MÉDICO RT DA CAP



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Médico Responsável Técnico de CAP

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "**Dimensões da Governança Clínica na Atenção Primária à Saúde: as contribuições do médico responsável técnico no Município do Rio de Janeiro**" desenvolvida pela pesquisadora Larissa Cristina Terrezo Machado, discente do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof^a Dr^a Elyne Montenegro Engstrom.

O objetivo central do estudo é construir uma proposta de normativa sobre o papel do médico responsável técnico na Atenção Primária à Saúde no que tange suas práticas clínico-gerenciais relacionadas à Governança Clínica.

Você está sendo convidado a participar por atuar ou ter atuado como médico responsável técnico da CAP na SMSRJ com implicações diretas no estabelecimento de funções do médico Responsável Técnico. Sua participação é voluntária, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Sua participação consistirá em responder à perguntas realizadas por meio de uma entrevista com roteiro semiestruturado, em local e horário da sua preferência, de modo a não atrapalhar suas atividades profissionais. A duração aproximada da entrevista será de 1 hora. A entrevista será gravada se houver autorização do entrevistado. Todos os dados coletados nessa pesquisa são confidenciais e seu anonimato será garantido quando da divulgação dos resultados. Para garantir a confidencialidade, apenas o pesquisador responsável e sua orientadora terão acesso aos dados de áudio não farão uso destas informações para outras finalidades. Nas transcrições do áudio para texto, serão omitidas todas as informações que poderiam identificar os participantes, como informações pessoais. Na publicação dos resultados

para divulgação científica, serão omitidas todas as informações que poderiam identificar os participantes, inclusive o cargo exercido e o ano em que o praticou.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados, com acesso restrito apenas ao pesquisador responsável por 5 anos. Após esse tempo esse material será descartado. Não será feito qualquer uso para outro fim que não essa pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A pesquisa não envolverá custos ou benefícios financeiros para o entrevistado. O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de beneficiar-se de um possível manual técnico elaborado ao final do trabalho a fim de sistematizar as ações do médico RT, dado que esse documento ainda não existe e o exercício dessa função se dá muitas vezes de forma empírica.

Os riscos ligados à sua participação envolvem o possível constrangimento durante a gravação da entrevista, a interrupção de sua rotina de trabalho para o fornecimento dos dados e o vazamento de dados confidenciais. Há ainda um risco de identificação indireta devido ao número restrito de participantes e por ser uma figura pública. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação de mestrado do pesquisador, bem como em periódicos científicos. O retorno para participantes e autoridades e instituições envolvidas será feito por meio de relatório escrito sobre a contribuição de cada um para o desenvolvimento da pesquisa.

Este termo é redigido em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade.

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Site: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/>

Telefone: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro – RJ. CEP: 20031-040

Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Contato com o pesquisador responsável:

Larissa Cristina Terrezo Machado (Mestranda em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ)

Telefone: (21) 98235-9878

E-mail: laryterrezo@gmail.com

Local e Data:

Assinatura do pesquisador:

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada **“Dimensões da Governança Clínica na Atenção Primária à Saúde: as contribuições do médico responsável técnico no Município do Rio de Janeiro”** e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES DA SMSRJ E PROFISSIONAIS LIGADOS AO CREMERJ



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**



Prezado partic

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“Dimensões da Governança Clínica na Atenção Primária à Saúde: as contribuições do médico responsável técnico no Município do Rio de Janeiro”**, desenvolvida pela pesquisadora Larissa Cristina Terrezo Machado, discente do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Prof^a Dr^a Elyne Montenegro Engstrom.

O objetivo central do estudo é construir uma proposta de normativa sobre o papel do médico responsável técnico na Atenção Primária à Saúde no que tange suas práticas clínico-gerenciais relacionadas à Governança Clínica.

Você está sendo convidado a participar por atuar ou ter atuado como gestor municipal na SMSRJ ou na diretoria CREMERJ com implicações diretas no estabelecimento de funções do médico Responsável Técnico. Sua participação é voluntária, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Sua participação consistirá em responder à perguntas realizadas por meio de uma entrevista com roteiro semiestruturado, em local e horário da sua preferência, de modo a não atrapalhar suas atividades profissionais. A duração aproximada da entrevista será de 1 hora. A entrevista será gravada se houver autorização do entrevistado. Todos os dados coletados nessa pesquisa são confidenciais e seu anonimato será garantido quando da divulgação dos resultados. Para garantir a confidencialidade, apenas o pesquisador responsável e sua orientadora terão acesso aos dados de áudio, e não farão uso destas informações para outras finalidades. Nas transcrições do áudio para texto, serão omitidas todas as informações que poderiam identificar os participantes, como informações pessoais. Na publicação dos resultados para divulgação científica, serão omitidas todas as informações que poderiam identificar os participantes, inclusive o cargo exercido e o ano em que o praticou.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados, com acesso restrito apenas ao pesquisador responsável por 5 anos. Após esse tempo esse material será descartado. Não será feito qualquer uso para outro fim que não essa pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa ou posteriormente, você poderá solicitar do

pesquisador informações sobre sua participação e sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A pesquisa não envolverá custos ou benefícios financeiros para o entrevistado. O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de beneficiar-se de um possível manual técnico elaborado ao final do trabalho a fim de sistematizar as ações do médico RT, dado que esse documento ainda não existe e o exercício dessa função se dá muitas vezes de forma empírica.

Os riscos ligados à sua participação envolvem o possível constrangimento durante a gravação da entrevista, a interrupção de sua rotina de trabalho para o fornecimento dos dados e o vazamento de dados confidenciais. Há ainda um risco de identificação indireta devido ao número restrito de participantes e por ser uma figura pública. Se houver algum dano, comprovadamente decorrente da presente pesquisa, você terá direito à indenização, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº 510/2016), do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na dissertação de mestrado do pesquisador, bem como em periódicos científicos. O retorno para participantes e autoridades e instituições envolvidas será feito por meio de relatório escrito sobre a contribuição de cada um para o desenvolvimento da pesquisa.

Este termo é redigido em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade.

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Site: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/>

Telefone: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro – RJ. CEP: 20031-040

Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Contato com o pesquisador responsável:

Larissa Cristina Terrezo Machado (Mestranda em Saúde Pública na ENSP/FIOCRUZ)

Telefone: (21) 98235-9878

E-mail: laryterrezo@gmail.com

Local e Data:

Assinatura do pesquisador:

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada **“Dimensões da Governança Clínica na Atenção Primária à Saúde: as contribuições do médico responsável técnico no Município do Rio de Janeiro”** e concordo em participar.

Autorizo a gravação da entrevista

Não autorizo a gravação da entrevista

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

ANEXO 1 - RESOLUÇÃO DO CFM 2147/2016

**RESOLUÇÃO CFM nº 2.147/2016**

(Publicada no D.O.U. de 27 de outubro de 2016, Seção I, p.332-4)

Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos.

O **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA**, no uso das atribuições que lhe confere a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, alterada pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, alterado pelo Decreto nº 6.821, de 15 de abril de 2009 e Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013; e

CONSIDERANDO o artigo 28 do [Decreto nº 20.931](#), de 11 de janeiro de 1932, que declara que qualquer organização hospitalar ou de assistência médica, pública ou privada obrigatoriamente tem que funcionar com um diretor técnico, habilitado para o exercício da Medicina, como principal responsável pelos atos médicos ali realizados;

CONSIDERANDO o artigo 15 da [Lei nº 3.999](#), de 15 de dezembro de 1961, que impõe que os cargos ou funções de chefia de serviços médicos somente podem ser exercidos por médicos habilitados na forma da lei;

CONSIDERANDO o artigo 12 do [Decreto nº 44.045](#), de 19 de julho de 1958, e a [Lei nº 6.839](#), de 30 de outubro de 1980, que estabelecem que as pessoas jurídicas de prestação de assistência médica estão sob a ação disciplinar e de fiscalização dos Conselhos de Medicina;

CONSIDERANDO o artigo 11 da [Resolução CFM nº 997](#), de 23 de maio de 1980, que estabelece que o diretor técnico, principal responsável pelo funcionamento dos estabelecimentos de saúde, terá obrigatoriamente sob sua responsabilidade a supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos do estabelecimento, que a ele ficam subordinados hierarquicamente;



CONSIDERANDO a [Resolução CFM nº 1.481](#), de 08 de agosto de 1997, que determina que as instituições prestadoras de serviços de assistência médica no país deverão adotar nos seus Regimentos Internos do Corpo Clínico as diretrizes daquela resolução;

CONSIDERANDO a [Resolução CFM nº 1.657](#), de 11 de dezembro de 2002, ou sucedânea, que estabelece normas de organização, funcionamento e eleição, competências das Comissões de Ética Médica dos estabelecimentos de saúde, e dá outras providências;

CONSIDERANDO a [Resolução CFM nº 1.980](#), de 07 de dezembro de 2011, que dispõe sobre as atribuições, deveres e direitos dos diretores técnicos, diretores clínicos e responsáveis pelos serviços na área médica;

CONSIDERANDO a [Resolução CFM nº 2.007](#), de 10 de janeiro de 2013, que determina que para exercer o cargo de diretor técnico ou de supervisão, coordenação, chefia ou responsabilidade médica pelos serviços assistenciais especializados é obrigatória a titulação em especialidade médica, registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM);

CONSIDERANDO o inciso II do artigo 5º da [Lei nº 12.842](#), de 10 de julho de 2013 (Lei do Ato Médico), que disciplina ser ato privativo do médico a coordenação e supervisão vinculadas, de forma imediata e direta, às atividades privadas de médico;

CONSIDERANDO a interpretação do STF na Representação nº 1.058-2, de 04 de maio de 1983, de que o diagnóstico, a prescrição, a execução e/ou supervisão de atos particulares na medicina, bem como a alta do paciente são ínsitos ao médico especialista na área;

CONSIDERANDO o disposto na [Lei nº 9.656](#), de 03 de junho de 1998, que disciplina a existência de planos e seguros de saúde, cooperativas e empresas de autogestão na área médica, notadamente o que consta nos artigos 1º em seus incisos I, II e parágrafos 1º e 2º;

CONSIDERANDO principalmente o artigo 8º, que trata da obrigatoriedade da inscrição nos Conselhos de Medicina, definindo suas obrigações;



CONSIDERANDO a [Resolução CFM nº 2.056](#), de 20 de setembro de 2013, que estabelece critérios para a autorização de funcionamento dos serviços médicos de quaisquer naturezas, bem como estabelece critérios mínimos para seu funcionamento, vedando o funcionamento daqueles que não estejam de acordo, e em especial o artigo 16, que define ambiente médico;

CONSIDERANDO o decidido pelo plenário em sessão realizada em 17 de junho de 2016,

RESOLVE:

Art. 1º Instituir competências, direitos e deveres de diretores técnicos e diretores clínicos, adotando o contido no anexo I desta Resolução;

Art. 2º Esta Resolução e seu anexo entrarão em vigor no prazo de 180 dias, contados a partir de sua publicação, quando serão revogadas a [Resoluções CFM nº 1.342](#), de 08 de março de 1991, e [nº 1.352](#), de 17 de janeiro de 1992.

Brasília-DF, 17 de junho de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

Presidente

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Secretário-Geral



ANEXO DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2147/2016

Capítulo I DO ALCANCE DAS ATRIBUIÇÕES

Art. 1º A prestação de assistência médica e a garantia das condições técnicas de atendimento nas instituições públicas ou privadas são de responsabilidade do diretor técnico e do diretor clínico, os quais, no âmbito de suas respectivas atribuições, responderão perante o Conselho Regional de Medicina.

Capítulo II DOS DEVERES DA DIREÇÃO TÉCNICA

Art. 2º O diretor técnico, nos termos da lei, é o responsável perante os Conselhos Regionais de Medicina, autoridades sanitárias, Ministério Público, Judiciário e demais autoridades pelos aspectos formais do funcionamento do estabelecimento assistencial que represente.

§ 1º O provisionamento do cargo, ou função de diretor técnico, se dará por designação da administração pública ou, nas entidades privadas de qualquer natureza, por seu corpo societário ou mesa diretora.

§ 2º Nos impedimentos do diretor técnico, a administração deverá designar substituto médico imediatamente enquanto durar o impedimento.

§ 3º São deveres do diretor técnico:

- I)** Zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor;
- II)** Assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e dos demais profissionais de saúde, em benefício da população, sendo responsável por faltas éticas decorrentes de deficiências materiais, instrumentais e técnicas da instituição;
- III)** Assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica;
- IV)** Certificar-se da regular habilitação dos médicos perante o Conselho de Medicina, bem como sua qualificação como especialista, exigindo a apresentação formal dos documentos, cujas cópias devem constar da pasta funcional do médico perante o setor responsável,



aplicando-se essa mesma regra aos demais profissionais da área da saúde que atuem na instituição;

V) Organizar a escala de plantonistas, zelando para que não haja lacunas durante as 24 horas de funcionamento da instituição, de acordo com regramento da [Resolução CFM nº 2.056](#), de 20 de setembro de 2013;

VI) Tomar providências para solucionar a ausência de plantonistas;

VII) Nas áreas de apoio ao trabalho médico, de caráter administrativo, envidar esforços para assegurar a correção do repasse dos honorários e do pagamento de salários, comprovando documentalmente as providências tomadas junto das instâncias superiores para solucionar eventuais problemas;

VIII) Assegurar que as condições de trabalho dos médicos sejam adequadas no que diz respeito aos serviços de manutenção predial;

IX) Assegurar que o abastecimento de produtos e insumos de quaisquer natureza seja adequado ao suprimento do consumo do estabelecimento assistencial, inclusive alimentos e produtos farmacêuticos, conforme padronização da instituição;

X) Cumprir o que determina a Resolução CFM nº 2056/2013, no que for atinente à organização dos demais setores assistenciais, coordenando as ações e pugnando pela harmonia intra e interprofissional;

XI) Cumprir o que determina a norma quanto às demais comissões oficiais, garantindo seu pleno funcionamento;

XII) Assegurar que as propagandas institucionais obedeçam ao disposto na [Resolução CFM nº 1.974](#), de 14 de julho de 2011, ou aquela que a suceder;

XIII) Assegurar que os médicos que prestam serviço no estabelecimento assistencial médico, independente do seu vínculo, obedeçam ao disposto no Regimento Interno da instituição;

XIV) Assegurar que as pessoas jurídicas que atuam na instituição estejam regularmente inscritas no CRM;

XV) Assegurar que os convênios na área de ensino sejam formulados dentro das normas vigentes, garantindo seus cumprimentos.

XVI) Não contratar médicos formados no exterior sem registro nos Conselhos de Medicina.



§ 4º Os diretores técnicos de planos de saúde, seguros saúde, cooperativas médicas e prestadoras de serviço em autogestão se obrigam a zelar:

I) Pelo que estiver pactuado nos contratos com prestadores de serviço, pessoas físicas e pessoas jurídicas por eles credenciados ou contratados, de acordo com previsões da [Lei nº 13.003](#), de 24 de junho de 2014;

II) Para que, por meio DA SUPERVISÃO de seus auditores sejam garantidas as condições físicas e ambientais oferecidas por seus contratados a seus pacientes;

III) Para que, pela supervisão de suas auditorias, seja garantida a qualidade dos serviços prestados, notadamente a vigilância sobre o uso de materiais, insumos e equipamentos utilizados nos procedimentos médicos;

IV) Para que sua relação ocorra sempre de modo formal com o médico, pessoa física e através do diretor técnico médico quando se tratar de pessoas jurídicas;

V) Para que, na OCORRÊNCIA de glosas das faturas apresentadas, seja descrito o que foi glosado E suas razões, SOLICITANDO ao médico, quando pessoa física, e ao diretor técnico, quando pessoas jurídicas, as devidas explicações, DEVENDO AS respostas ou justificativas ser formalizadas por escrito;

VI) Para que as auditorias de procedimentos médicos sejam realizadas exclusivamente por auditores médicos;

VII) Para que nenhuma troca de informações entre o contratante, o qual ele representa, e prestadores de serviços médicos sejam realizados por terceiros, obrigando-se a ser o responsável pelas tratativas com os contratados seja em que cenário for que envolva o ato médico;

VIII) Para que sejam garantidos anualmente os reajustes previstos em lei e acordados entre as partes;

IX) Para que sejam asseguradas, quando houver prestação direta de assistência através de serviços médicos próprios, suas perfeitas condições de funcionamento, quer seja diretamente, se for também seu diretor técnico, ou por meio do diretor técnico designado, podendo se dirigir ao diretor clínico quando a instituição assistencial médica deste dispuser;

X) Pelo respeito aos protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências científicas;

XI) Pela verificação da condição de regularidade de seus contratados, quer pessoa física, quer pessoa jurídica, perante os Conselhos Regionais de Medicina;

XII) Para que não sejam realizadas auditorias a distância.



Capítulo III DOS DIREITOS DA DIREÇÃO TÉCNICA

Art. 3º É assegurado ao diretor técnico o direito de suspender integral ou parcialmente as atividades do estabelecimento assistencial médico sob sua direção quando faltarem as condições funcionais previstas nessa norma e na Resolução CFM nº 2056/2013, devendo, na consecução desse direito, obedecer ao disposto nos artigos 17 e 18, mais parágrafos desse dispositivo.

Parágrafo único. Quando se tratar do disposto no parágrafo 4º do artigo 2º deste dispositivo, as ações devem obedecer ao estabelecido nos contratos e em acordo com a legislação específica que rege este setor.

Capítulo IV DO ALCANCE DAS ATRIBUIÇÕES DO DIRETOR CLÍNICO

Art. 4º O diretor clínico é o representante do corpo clínico do estabelecimento assistencial perante o corpo diretivo da instituição, notificando ao diretor técnico sempre que for necessário ao fiel cumprimento de suas atribuições.

Parágrafo único. O diretor clínico é o responsável pela assistência médica, coordenação e supervisão dos serviços médicos na instituição, sendo obrigatoriamente eleito pelo corpo clínico.

Art. 5º São competências do diretor clínico:

- I) Assegurar que todo paciente internado na instituição tenha um médico assistente;
- II) Exigir dos médicos assistentes ao menos uma evolução e prescrição diária de seus pacientes, assentada no prontuário;
- III) Organizar os prontuários dos pacientes de acordo com o que determina as Resoluções [CFM nº 1.638/2002](#) e nº [2.056/2013](#);
- IV) Exigir dos médicos plantonistas hospitalares, quando chamados a atender pacientes na instituição, o assentamento no prontuário de suas intervenções médicas com as respectivas evoluções;



- V)** Disponibilizar livro ou meio digital para registro de ocorrências aos médicos plantonistas;
- VI)** Determinar que, excepcionalmente nas necessidades imperiosas com risco de morte que possam caracterizar omissão de socorro, os médicos plantonistas de UTIs e dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência Médica não sejam deslocados para fazer atendimento fora de seus setores.

Capítulo V

DOS DEVERES DA DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 6º São deveres do diretor clínico:

- I)** Dirigir e coordenar o corpo clínico da instituição;
- II)** Supervisionar a execução das atividades de assistência médica da instituição, comunicando ao diretor técnico para que tome as providências cabíveis quanto às condições de funcionamento de aparelhagem e equipamentos, bem como o abastecimento de medicamentos e insumos necessário ao fiel cumprimento das prescrições clínicas, intervenções cirúrgicas, aplicação de técnicas de reabilitação e realização de atos periciais quando este estiver inserido em estabelecimento assistencial médico;
- III)** Zelar pelo fiel cumprimento do Regimento Interno do Corpo Clínico da instituição;
- IV)** Supervisionar a efetiva realização do ato médico, da compatibilidade dos recursos disponíveis, da garantia das prerrogativas do profissional médico e da garantia de assistência disponível aos pacientes;
- V)** Atestar a realização de atos médicos praticados pelo corpo clínico e pelo hospital sempre que necessário;
- VI)** Incentivar a criação e organização de centros de estudos, visando à melhor prática da medicina;
- VII)** Recepcionar e assegurar, aos estagiários (acadêmicos e médicos) e residentes médicos, condições de exercer suas atividades com os melhores meios de aprendizagem, com a responsabilidade de exigir a sua supervisão.



Capítulo VI

DOS DIREITOS DA DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 7º É assegurado ao diretor clínico dirigir as assembleias do corpo clínico, encaminhando ao diretor técnico as decisões para as devidas providências, inclusive quando houver indicativo de suspensão integral ou parcial das atividades médico-assistenciais por faltarem as condições funcionais previstas na Resolução CFM nº 2058/2013, em consonância com disposto no artigo 20 e parágrafos desse mesmo dispositivo. É, ainda, direito do diretor clínico comunicar ao Conselho Regional de Medicina e informar, se necessário, a outros órgãos competentes.

Capítulo VII

DA CIRCUNSCRIÇÃO E ABRANGÊNCIA DA AÇÃO DE DIRETORES TÉCNICOS E CLÍNICOS

Art. 8º Ao médico será permitido assumir a responsabilidade, seja como diretor técnico, seja como diretor clínico, em duas instituições públicas ou privadas, prestadoras de serviços médicos, mesmo quando tratar-se de filiais, subsidiárias ou sucursais da mesma instituição.

§ 1º Excetuam-se dessa limitação as pessoas jurídicas de caráter individual em que o médico é responsável por sua própria atuação profissional.

§ 2º Será permitida exercer a direção técnica em mais de dois estabelecimentos assistenciais quando preencher os requisitos exigidos na [Resolução CFM nº 2127/2015](#).

§ 3º É possível ao médico exercer, simultaneamente, as funções de diretor técnico e de diretor clínico. Para tanto, é necessário que o estabelecimento assistencial tenha corpo clínico com menos de 30 (trinta) médicos.

§ 4º O diretor técnico somente poderá acumular a função de diretor clínico quando eleito para essa função pelos médicos componentes do corpo clínico com direito a voto.

Capítulo VIII

DA TITULAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DA DIREÇÃO TÉCNICA E DIREÇÃO CLÍNICA

Art. 9º Será exigida para o exercício do cargo ou função de diretor clínico ou diretor técnico de serviços assistenciais especializados a titulação em especialidade médica correspondente, registrada no Conselho Regional de Medicina (CRM).



§ 1º Supervisor, coordenador, chefe ou responsável por serviços assistenciais especializados deverão possuir título de especialista na especialidade oferecida pelo serviço médico, com o devido registro do título pelo CRM, e se subordinam ao diretor técnico e diretor clínico em suas áreas respectivas, não se lhes aplicando a limitação prevista no caput do artigo 8º.

§ 2º O diretor técnico de serviços médicos especializados em reabilitação deverá obrigatoriamente ser médico especialista, ainda que sejam utilizadas técnicas fisioterápicas.

§ 3º Nos estabelecimentos assistenciais médicos não especializados, basta o título de graduação em medicina para assumir a direção técnica ou direção clínica;

Capítulo IX DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 10 Em caso de afastamento ou substituição do diretor técnico ou do diretor clínico em caráter definitivo, aquele que deixa o cargo tem o dever de imediatamente comunicar tal fato, por escrito e sob protocolo, ao Conselho Regional de Medicina.

Parágrafo único. A substituição do diretor afastado deverá ocorrer imediatamente, obrigando o diretor que assume o cargo a fazer a devida notificação ao Conselho Regional de Medicina, por escrito e sob protocolo.

Art. 11. É obrigatório o exercício presencial da direção técnica e da direção clínica.

Brasília-DF, 17 de junho de 2016.

CARLOS VITAL TAVARES CORRÊA LIMA

HENRIQUE BATISTA E SILVA

Presidente

Secretário-Geral



EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS DA RESOLUÇÃO CFM Nº 2.147/2016

A atualização do regulamento que trata da definição de competência dos diretores técnicos e diretores clínicos, bem como a criação de uma linha divisória de competência para sua atuação era reclamada há bastante tempo. O estabelecimento de uma linha hierárquica de comando para a atuação de chefes, coordenadores ou supervisores de serviços possibilitando interações e comandos também era necessária, todas visando o bom funcionamento dos estabelecimentos assistenciais médicos ou de intermediação da prestação de serviços médicos.

A Resolução CFM nº 2056/2013 tratou com clareza da possibilidade de suspensão do trabalho dos médicos nos estabelecimentos assistenciais onde trabalhem. Definiu as duas ações possíveis, uma coordenada pelo diretor técnico da instituição conferindo-lhe o direito de, em constatando condições adversas e, com a anuência do Conselho Regional de Medicina, por intermédio de seu departamento de fiscalização, suspender parcial ou completamente o trabalho médico na instituição. A segunda da competência do corpo clínico que, diante das mesmas condições adversas, sempre em consonância com o Conselho Regional de Medicina, por meio de seu departamento de fiscalização, acionada pelo diretor clínico, nos estabelecimentos em que for exigível sua presença, tomar as mesmas providências, coordenando as ações como seu representante.

A Resolução preenche uma lacuna, também reclamada, que é a de definir as responsabilidades de empresas ou instituições de intermediação da prestação de serviços médicos, como seguradoras de saúde, planos de saúde, cooperativas médicas e instituições de autogestão.

Todas as definições estão devidamente fundamentadas em dispositivos legais, como a Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, o Decreto-Lei nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, a Lei nº 3.999, de 15 de dezembro de 1961, a Lei nº 9.856, de 03 de junho de 1998 e sucedâneas, conferindo a este dispositivo importância estruturante para a prática da medicina e segurança para a assistência médica da população.



A Resolução inova também em estabelecer para além dos deveres, os direitos de diretores técnicos e clínicos, extensivo às chefias setorializadas construídas para a boa administração da medicina.

Apenas como reforço, a Resolução CFM nº 2056/2013 estabeleceu um novo conceito para definir os estabelecimentos assistenciais médicos que é o de ambiente médico. A partir dessa definição, deixou claro o que deve ser exigido para que esse ambiente tenha as condições adequadas de funcionamento. Como tal, definiu também o que compete a cada exercente de cargos de comando para que garanta o bom funcionamento da instituição, a assistência à população e execução do ato profissional, notadamente o ato médico.

Estes são os motivos que submetemos a esta Egrégia Casa.

Brasília-DF, 17 de junho de 2016.

EMMANUEL FORTES SILVEIRA CAVALCANTI

Relator

CLÁUDIO BALDUÍNO SOUTO FRANZEN

Relator

ANEXO 2 – OFÍCIO CIRCULAR SUBPAV N°10/2011

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Superintendência de Atenção Primária
Rua Afonso Cavalcanti, 455/801 – Cidade Nova – RJ – CEP 20.211-091
Telefone 3971-1930 - jcp Pradojr@msd.rj@gmail.com

Circular S/SUBPAV/SAP n.º 10/2011.

Rio de Janeiro, 15 de abril de 2011.

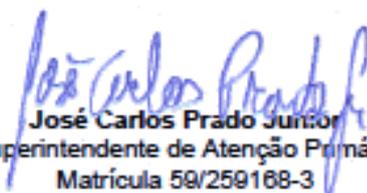
Aos Coordenadores das A.P.s com vistas às Unidades Primárias de Saúde
Assunto: Pagamento de gratificações

CONSIDERANDO a necessidade de fortalecimento da atenção primária através da contratação de profissionais com perfil e qualificação adequadas para atuação neste nível de atenção à saúde;

CONSIDERANDO a necessidade de estabelecer padronização de remuneração de gratificações para os profissionais na atenção primária;

Fica autorizada a remuneração por parte das OS (Organizações Sociais) de acordo com tabela e instruções contidas em anexo - Orientações

Atenciosamente,


José Carlos Prado Junior
Superintendente de Atenção Primária
Matrícula 59/259168-3



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
 Superintendência de Atenção Primária
 Rua Afonso Cavalcanti, 455/601 – Cidade Nova – RJ – CEP 20.211-091
 Telefone 3071-1930 - jcprado@smecrj@gmail.com

ANEXO

Orientações para pagamento de gratificações a funcionários da Estratégia Saúde da Família sob Contrato CLT pelas Organizações Sociais (OS)

Objetivando estimular a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) bem como a padronização de gratificações aos funcionários que atuam na ESF pelas OS que celebram contrato de gestão com a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, apresentamos uma proposta de planilha salarial para o ano de 2011, a partir do mês de janeiro, assim como as devidas orientações técnicas para o recebimento da gratificação por parte dos profissionais, de acordo com as seguintes orientações:

- 1) As orientações apresentadas neste documento devem ser submetidas às OS através das CTAS (comissões técnicas de acompanhamento);
- 2) as gratificações abrangem apenas os profissionais CLT contratados através das Organizações Sociais que atuarem na equipe de saúde da família ou equipe de saúde bucal, não abrangendo cargos de gestão;
- 3) as gratificações podem ser cumulativas caso o profissional preencha os requisitos para mais de uma das possibilidades de gratificação a seguir:

Tabela de salários de profissionais na ESF pelas Organizações Sociais -2011

CATEGORIA PROFISSIONAL	REMUNERAÇÃO PELA O.S.	
	Salário base	Gratificação 20%
MÉDICO	R\$ 7.500,00	R\$ 1.500,00
GERENTE	R\$ 3.900,00	R\$ 780,00
ENFERMEIRO	R\$ 3.900,00	R\$ 780,00
CIRURGIÃO DENTISTA	R\$ 3.900,00	R\$ 780,00
TÉCNICO DE SAÚDE BUCAL (TSB)	R\$ 1.080,00	R\$ 216,00
AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM	R\$ 1.080,00	R\$ 216,00
AUXILIAR DE SAÚDE BUCAL (ASB)	R\$ 810,00	R\$ 162,00
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)	R\$ 710,00	R\$ 142,00

Gratificações:

- a) Gratificação de 20% sobre o salário base pela responsabilidade técnica no CREMERJ (médicos);
- b) Gratificação de 20% sobre o salário base pelo **Título de especialista em Medicina de Família e Comunidade** (Titulação pela SBMFC ou Residência em Medicina de Família e Comunidade) registrado no CREMERJ. (Para demais profissões **especialização em Saúde da Família** acreditada pela S/SUBPAV/CSF**);
- c) Gratificação de 20% do salário base pelo **Título de Mestre em Saúde da**



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
 Superintendência de Atenção Primária
 Rua Afonso Cavalcanti, 455/801 – Cidade Nova – RJ – CEP 20.211-091
 Telefone 3971-1930 - jcpardo@smadsrj@gmail.com

Família ou em Saúde Pública (todos os profissionais das equipes de saúde da família);

- d) Gratificação de 20% do salário base para **Doutorado em Saúde da Família ou em Saúde Pública** (todos os profissionais das equipes de saúde da família);
- e) Gratificação de 20% do salário base (R\$1.500,00) para **MÉDICOS** para a **Preceptoría a Residentes de Medicina de Família e Comunidade** – programa de Residência Médica em parceria com a SUBPAV;
- f) Gratificação de R\$1.000,00 para **MÉDICOS** para a **Preceptoría Acadêmicos de Medicina** – programa de bolsas de acadêmicos da SMSDC;

- a) **Gratificação por responsabilidade técnica no CREMERJ:** será designada uma gratificação mensal de 20% sobre o salário base ao médico que assuma, com registro no Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro - CREMERJ, o cargo de Diretor Técnico da unidade de Atenção Primária à Saúde (APS). Cada unidade de APS terá apenas um Diretor Técnico, seguindo este as orientações vigentes na legislação sobre o assunto. São atribuições do Diretor Técnico: zelar pelo cumprimento das disposições legais e regulamentares em vigor; assegurar condições dignas de trabalho e os meios indispensáveis à prática médica, visando ao melhor desempenho do corpo clínico e demais profissionais de saúde em benefício dos usuários da instituição; e assegurar o pleno e autônomo funcionamento das Comissões de Ética Médica.

Importante destacar que o diretor técnico assume a função de “responsável técnico perante o CREMERJ” e não ocupará o cargo de diretor ou gerente da unidade de saúde.

- b) **Gratificação por especialidade para o médico:** para ter direito a gratificação mensal de 20% sobre o salário base, o médico deve ser **Especialista em Medicina de Família e Comunidade**, com seu certificado de especialista devidamente registrado no Conselho Federal de Medicina por meio de um de seus Conselhos Regionais (CRMs) através da obtenção do RQE (Registro de Qualificação de Especialista).

Salienta-se que terá direito a este certificado os médicos que registrarem no CRM pelo menos um dos dois seguintes documentos: o Certificado de Conclusão de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (ou Medicina Geral Comunitária para os formados por Residência Médica antes do ano de 2002) credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, ou o Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade concedido pela Associação Médica Brasileira (AMB) após aprovação na Prova de Títulos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Ressalta-se que,



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
 Superintendência de Atenção Primária
 Rua Afonso Cavalcanti, 455/801 – Cidade Nova – RJ – CEP 20.211-091
 Telefone 5071-1930 - jprado@smecrj@gmail.com

conforme a Resolução CFM 1772/2005 de 12 de agosto de 2005, é necessário, para os títulos de especialidades obtidos por prova de título de sociedades médicas a partir de 01/01/2006, a obtenção do Certificado de Atualização Profissional a cada 5 anos. Tais orientações seguem, além da resolução já citada, os seguintes documentos: "Resolução CFM 1785/2006" e a "Normativa de Regulamentação do Exame de Suficiência para Obtenção de Título de Especialista ou Certificado de Área de Atuação" da AMB.

O profissional deve enviar, por meio da Organização Social, cópia dos documentos necessários para validação pela Coordenação de Saúde da Família (S/SUBPAV/SAP/CSF) da SMSDC que fica situada à R. Afonso Cavalcanti, 455, 8º andar, sala 802. Os documentos são: cópia de identidade médica, cópia do RQE (certificado do CRM), cópia do certificado da Residência médica ou título de especialista.

- c) **Gratificação por especialidade em Saúde da Família para os profissionais não médicos:** terá direito a gratificação mensal de 20% sobre o salário base os profissionais não médicos que possuem "*Residência Multiprofissional em Saúde da Família*" (reconhecida pelo Ministério da Educação – MEC) ou "*Curso de Especialização em Saúde da Família*" (ênfase assistencial) também reconhecido MEC. O curso de especialização deve conter grade curricular mínima de 400h horas. Caberá à S/SUBPAV/SAP/CSF a validação (acreditação) dos cursos que farão jus a percepção desta gratificação. Os Cursos de Especialização em Saúde da Família serão avaliados e pontuados de acordo com a grade curricular, cujos critérios para avaliação de grade mínima são: 1) Modelos de atenção à saúde; 2) Atenção Primária à Saúde: definição e atributos; 3) A família contemporânea: aspectos históricos, demográficos, políticos e sociais; 4) O Sistema Único de Saúde (SUS): aspectos históricos, princípios e diretrizes, lei 8080, lei 8142; 5) A Estratégia Saúde da Família no Brasil: história, evolução, característica da APS no Brasil, o modelo brasileiro; 6) epidemiologia e serviços de Atenção Primária à Saúde; 7) o reconhecimento da realidade local por meio de instrumentos epidemiológicos – o diagnóstico de demanda, diagnóstico de comunidade; 8) Sistemas de Informação em Saúde; 9) Análise de dados para diagnóstico das situações de saúde da comunidade; 10) planejamento e programação local em saúde, momentos do processo de planejamento e programação no âmbito de sistemas locais de saúde; 11) indicadores de morbimortalidade em saúde da criança; 12) atribuições dos membros da equipe de Saúde da Família nas ações e avaliação de risco em saúde da criança; 13) a criança, a comunidade e a família; 14) aspectos comuns no atendimento de puericultura; 15) o calendário básico de imunização; 16) ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde da criança; 17) indicadores de morbimortalidade em saúde da mulher e matema; 18) atribuições dos membros da



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
 Superintendência de Atenção Primária
 Rua Afonso Cavalcanti, 455/801 – Cidade Nova – RJ – CEP 20.211-091
 Telefone 3071-1930 - jcradojmsadoj@gmail.com

equipe de Saúde da Família nas ações e avaliações de riscos em saúde da mulher e materna; 19) planejamento familiar; 20) acompanhamento do ciclo grávido-puerperal; 21) climatério; 22) ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde da mulher e materna; 23) indicadores de morbi-mortalidade em saúde do adulto; 24) o acompanhamento da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica; 25) o acompanhamento da pessoa com Diabetes Mellito; 26) diagnóstico, acompanhamento e tratamento para a pessoa com tuberculose; 27) indicadores de morbi-mortalidade em saúde do idoso; 28) atribuições dos membros da equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do idoso; 29) ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde do idoso; 30) autonomia, independência e longevidade; 31) saúde mental e dependência química (ESF e atenção psicossocial; abordagens terapêuticas e trabalhos com grupos); 32) saúde do adolescente (assistência às situações mais comuns no adolescente, redução da mortalidade por violência e acidentes); 33) violência e saúde (visões biológicas e sociais da violência; rede de apoio as pessoas em situação de violência; consequências da violência nos diversos ciclos de vida e sua influência na saúde das pessoas; ações integradas na estratégia da saúde da família); 34) uso racional de medicamentos; 35) o trabalho com grupos na Estratégia Saúde da Família; 36) educação em saúde e educação popular; 37) gestão e avaliação na Estratégia Saúde da Família (o uso da avaliação como instrumento de apoio no processo decisório).

A Coordenação de Saúde da Família divulgará no site da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da cidade do Rio de Janeiro a lista de cursos validados e certificados para esta gratificação à medida que ela for ocorrendo.

O profissional deve encaminhar cópia do seu certificado de Especialista em Saúde da Família juntamente com a grade curricular do curso, por meio da Organização Social, para validação pela Coordenação de Saúde da Família (S/SUBPAV/SAP/CSF), que fica situada à R. Afonso Cavalcanti, 455, 8º andar, sala 802. Caso o curso em que o candidato estiver pleiteando a percepção da gratificação já tiver sido acreditado pela S/SUBPAV/SAP/CSF, não há necessidade de enviar novamente para apreciação por esta coordenação, uma vez que a CSF avaliará o curso e não o candidato individualmente.

- d) **Mestrado em Saúde da Família ou Mestrado em Saúde Pública:** será concedida uma gratificação mensal de 20% sobre o salário base a qualquer profissional da equipe de saúde da família que tiver formação comprovada em Mestrado em Saúde da Família ou Mestrado em Saúde Pública. O curso deve ser reconhecido pelo MEC.

O profissional deve encaminhar cópia do seu diploma de mestre em saúde pública ou em Saúde da Família junto com a grade curricular do curso, por meio da Organização Social, para validação pela Coordenação de Saúde da Família



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
 Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
 Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
 Superintendência de Atenção Primária
 Rua Afonso Cavalcanti, 455/801 – Cidade Nova – RJ – CEP 20.211-091
 Telefone 3971-1930 - jcpredo@medorj@gmail.com

(S/SUBPAV/SAP/CSF), que fica situada à R. Afonso Cavalcanti, 455, 8º andar, sala 802.

Caberá à S/SUBPAV/SAP/CSF a validação do curso.

- e) **Doutorado em Saúde da Família ou Mestrado em Saúde Pública**: será designada uma gratificação mensal de 20% sobre o salário base a qualquer profissional da equipe de saúde da família que tiver formação comprovada em Doutorado em Saúde da Família ou Doutorado em Saúde Pública. O curso deve ser reconhecido pelo MEC.

O profissional deve encaminhar cópia do seu diploma de mestre em saúde pública ou em Saúde da Família junto com a grade curricular do curso, por meio da Organização Social, para validação pela Coordenação de Saúde da Família (S/SUBPAV/SAP/CSF), que fica situada à R. Afonso Cavalcanti, 455, 8º andar, sala 802.

Caberá à S/SUBPAV/SAP/CSF a validação do curso.

- f) **Gratificação para “Preceptoría de Residentes de Medicina de Família e Comunidade”**: será conferida uma gratificação mensal de 20% sobre o salário base, no valor de R\$ 1.500,00 ao **médico** designado pela S/SUBPAV/SAP para exercer a função de preceptoría de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), em programa de residência de MFC em parceria com a SMSDC.

A relação de profissionais que deverão ser contemplados com a gratificação será expedida pela S/SUBPAV/SAP notificando a OS a fim de que esta esteja autorizada a remunerar os profissionais;

- g) **Gratificação para “Preceptoría de Alunos de Medicina”**: será conferida uma gratificação mensal no valor de R\$ 1.000,00 ao **médico** designado pela S/SUBPAV/SAP para exercer a função de preceptoría de Alunos de Medicina, em programa de bolsas de graduação da SMSDC.

A relação de profissionais que deverão ser contemplados com a gratificação será expedida pela S/SUBPAV/SAP notificando a OS a fim de que esta esteja autorizada a remunerar os profissionais;

ANEXO 3 – DIAPOSITIVOS APRESENTADOS EM REUNIÃO DE RTS (MAIO/2014)



Reuniões RTs médicos




Médico RT

Perfil do Médico RT

- Disponibilidade**
 - Deve estar disponível diariamente para regulação no SISREG e para educação permanente;
- Atualizado**
 - Deve ser o médico mais atualizado clinicamente nas melhores evidências científicas;
 - O RT deverá realizar educação permanente com os demais médicos da unidade;
- Liderança**
 - Deve exercer liderança sobre os demais colegas permitindo realizar suas atribuições

Regras para o Médico RT

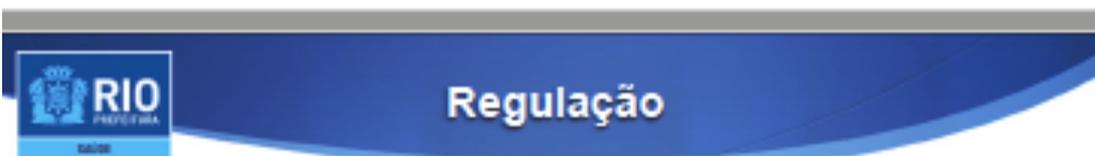
- 1** O médico RT selecionado deve estar disponível pelo menos 40 horas semanais para a unidade;
- 2** O médico RT selecionado deve ser da Estratégia de Saúde da Família mesmo nas unidades tipo B. Preferencialmente este deva ser médico de família (em ordem prioridade: a)Residência médica → b)título em MFC → c)perfil de médico generalista).
- 3** O médico RT não pode ter vínculo privado na área de abrangência da unidade de saúde e somente pode regular pacientes da área de abrangência da unidade. Ou seja, não pode de maneira alguma utilizar a rede pública de média/alta complexidade do SISREG para os pacientes oriundos do consultório/clínica particular/conveniada;



Perfil NIR - CAP

Deve ser constituído por pelo menos 1 médico com perfil adequado ao exercício das atividades:

- Avaliar diariamente o movimento da regulação das unidades de sua área
- Identificar unidades e profissionais com volume e características de solicitações fora de padrões.
- Identificar processos inadequados de regulação nas unidades, no que diz respeito a prazos e coerência com evidências e diretrizes clínicas atualizadas.
- Propor e acompanhar medidas para a solução das inconformidades observadas
- Apoiar a regulação das unidades sempre que identificar necessidade.
- Manter contato frequente com os reguladores e realizar reuniões periódicas para aperfeiçoamento do processo de regulação.



Regras para o SISREG AMBULATORIAL

- 1 **Perfil das unidades:** Os profissionais das unidades de Atenção Primária são SOLICITANTES e REGULADORES. Nas Policlínicas e Hospitais são EXECUTANTES e nas unidades de emergência não tem acesso ao SISREG Ambulatorial;
- 2 **Perfil dos profissionais:** Todo médico, dentista e enfermeiro de APS devem ter login e senha de SOLICITANTE. As senhas de solicitantes são criadas pelo gerente/diretor da unidade.
- 3 **Responsabilidade pela inserção dados no SISREG:** Toda solicitação/encaminhamento deve ser inserida pelo próprio médico/dentista que fizer a solicitação preferencialmente no momento da consulta. Quando não for possível (unidades tipo B, o administrativo pode inserir as solicitações). O enfermeiro NÃO deve incluir solicitação de exames/consultas sem ter carimbo e assinatura do médico de APS
- 4 **Médicos reguladores:** Toda unidade de APS deve ter pelo menos um médico regulador. Este OBRIGATORIAMENTE é o médico RT da unidade. Dependendo da quantidade de EBF ou tamanho da Unidade pode-se cadastrar mais de um médico Regulador.
- 5 **Competência profissional:** Fica restrito ao dentista a regulação das vagas de odontologia. Todos os demais exames e encaminhamentos são de responsabilidade exclusiva do profissional médico. Fica vedado o login/senha de REGULADOR para gerentes ou diretores ou demais cargos que não sejam médicos ou dentistas;



Regulação

Regras para o SISREG AMBULATORIAL

- 6 **Regionalização:** O agendamento da consulta/exame deve ser realizado para a unidade disponível mais próxima da residência do paciente. Portanto, sempre que possível deve-se respeitar a regionalização;
- 7 **Regular diariamente:** O regulador deve realizar a regulação das vagas diariamente pois a agilidade para o agendamento das vagas para os pacientes de cada unidade depende dessa interação.
- 8 **Registrar todo ato regulação:** Cada vez que o regulador realizar a regulação deve sempre registrar este ato. Inicialmente deve registrar se há pertinência clínica. Não havendo deve NEGAR a vaga. Em caso positivo, não havendo vaga deve registrar "COM INDICAÇÃO CLÍNICA PORÉM SEM VAGA NO MOMENTO". Havendo dúvida deve registrar a justificativa e devolver o caso especificando quais os dados devem ser melhor descritos;
- 9 **Protocolos clínicos baseados em evidências:** Tanto o solicitante quanto o regulador devem seguir as melhores evidências clínicas baseadas em evidências. Para o regulador está disponível o em www.subpav.org "Manual do Regulador". As solicitações sem pertinência clínica devem ser NEGADAS para que os pacientes que mais necessitem tenham sua vaga agendada. Sempre que negar ou devolver recomenda-se que o médico regulador converse pessoalmente com o médico solicitante para fazer educação permanente;



Regulação

Regras para o SISREG AMBULATORIAL

- 10 **Avisar diariamente os pacientes:** Cabe à unidade solicitante de APS checar diariamente todas as solicitações agendadas e avisar o paciente com antecedência. Nas unidades tipo A o próprio ACS deverá checar e avisar os pacientes além de cancelar as consultas/exames quando for necessário. Nas unidades B ou C para o território não coberto pelas ESB o administrativo da unidade deverá realizar esta tarefa;
- 11 **Exames/consultas externos:** As solicitações de exames/encaminhamentos externos devem ser avaliados pelo médico/enfermeiro/dentista das unidades de APS (quando for de paciente de alguma ESB pelo próprio profissional daquela ESB). Não há necessidade de agendar consulta específica para o médico. Na maioria das vezes isso se dará não presencialmente. Consultas/exames sem indicação não devem ser inseridos no sistema. A coordenação do cuidado é uma função importante da APS.
- 12 **Atualizar dados cadastrais:** Deve-se aproveitar toda oportunidade com o paciente para atualizar os dados cadastrais, especialmente o telefone. Esta é uma atribuição dos ACS mas todos os profissionais podem realizar esta atualização;



Unidade de Atenção Primária

PROFISSIONAL	ATRIBUIÇÕES NO SISREG
MÉDICO	<ul style="list-style-type: none"> Solicita e insere exames e encaminhamentos; Avalia solicitações externas e coordena o cuidado;
ENFERMEIRO	<ul style="list-style-type: none"> Insere solicitações feitas por médicos externos;
MÉDICO RT	<ul style="list-style-type: none"> Regula todas as solicitações no SISREG; Devolve ou nega as solicitações sem necessidade;
ACS	<ul style="list-style-type: none"> Verifica as solicitações agendadas diariamente; Informa o paciente do agendamento; Cancela encaminhamentos/exames quando desistência
DENTISTA	<ul style="list-style-type: none"> Solicita exames e encaminhamentos para Odontologia
GERENTE	<ul style="list-style-type: none"> Verifica as solicitações agendadas diariamente; Garante que paciente seja informado do agendamento; Cancela encaminhamentos/exames quando desistência



Unidade de Atenção Primária

MÉDICO DE FAMÍLIA ou demais médicos da APS

Todo MÉDICO da equipe deve:

- Ter senha de SOLICITANTE;
- Solicitar as suas próprias consultas referenciadas e exames complementares no SISREG;
- Avaliar a necessidade de qualquer encaminhamento ou exames solicitados externamente e coordenar o cuidado, inserindo no SISREG apenas os casos em que houver indicação;

Fica vedado ao MÉDICO:

- Delegar a sua senha e login a terceiros;
- Delegar a solicitação de exames/consultas no SISREG a terceiros;
- Solicitar exames/consultas para pacientes fora de sua área de abrangência da equipe;
- Transcrever solicitação de exames/consultas no SISREG sem avaliação da necessidade;

Observações:

- A solicitação de consultas/exames no SISREG deve ser realizada preferencialmente no horário de trabalho. Não é permitida a reserva de horário na agenda para essa função administrativa, mas sim realizada nos horários ociosos ao longo do dia (ex. falta de paciente, horário reunião, etc)



Regulação

Unidade de Atenção Primária

MÉDICO RT/regulador

Todo MÉDICO RT deve:

- Ter senha de REGULADOR;
- Regular diariamente todas as solicitações pendentes para toda a unidade de saúde;

Fica vedado ao MÉDICO RT:

- Delegar a sua senha e login a terceiros;
- Beneficiar seus próprios pacientes em detrimento das demais ESF ou unidade;
- Utilizar o SISREG para encaminhar pacientes oriundos de sua clínica/consultório particular;

Observações:

- O médico regulador deve dar conta da regulação de todas as solicitações da unidade. Esta pode ser feita em horário de trabalho ou não. Fica vedada a reserva de turnos ou horários para a regulação. Esta será realizada nos períodos assistenciais ociosos (ex. falta de pacientes, etc.) ou fora do horário de trabalho na unidade;



Regulação

Unidade de Atenção Primária

Enfermeiro

Todo ENFERMEIRO da equipe deve:

- Ter senha de SOLICITANTE;
- O enfermeiro pode inserir solicitações consultas/exames no SISREG, mesmo que externos, desde que haja solicitação carimbada e assinada por um médico. Nesse caso deve inserir o nome e CRM do médico solicitante;

Fica vedado ao ENFERMEIRO:

- Delegar a sua senha e login a terceiros;
- Solicitar qualquer exame ou consulta no SISREG sem a solicitação carimbada e assinada de um médico;
- Inserir solicitação de exames/consultas para pacientes fora de sua área de abrangência da equipe;
- Transcrever solicitação de exames/consultas no SISREG sem avaliação da necessidade;

Observações:

- A inclusão de solicitação de consultas/exames no SISREG deve ser realizada preferencialmente no horário de trabalho. Não é permitida a reserva de horário na agenda para essa função administrativa, mas sim realizada nos horários ociosos ao longo do dia (ex. falta de paciente, horário reunião, etc)



Regulação

Unidade de Atenção Primária

Dentista

Todo DENTISTA da equipe deve:

- Ter senha de SOLICITANTE;
- Solicitar através do SISREG os exames e encaminhamentos referentes a odontologia;

Fica vedado ao DENTISTA:

- Delegar a sua senha e login a terceiros;
- Delegar a algum terceiro a inserção das solicitações no SISREG;
- Solicitar exames ou encaminhamentos que não sejam estritamente da odontologia;
- Transcrever solicitação de exames/consultas no SISREG sem avaliação da necessidade;

Observações:

- A inclusão de solicitação de consultas/exames no SISREG deve ser realizada preferencialmente no horário de trabalho. Não é permitida a reserva de horário na agenda para essa função administrativa, mas sim realizada nos horários ociosos ao longo do dia (ex. falta de paciente, horário reunião, etc)



Regulação

Unidade de Atenção Primária

ACS administrativo

Todo ACS da equipe deve:

- Ter acesso ao login de COORDENADOR da UNIDADE;
- Verificar diariamente as solicitações agendadas;
- Avisar os pacientes do agendamento das consultas/exames;
- Cancelar as solicitações com antecedência quando for manifestado interesse pelo paciente;

Fica vedado ao ACS:

- Solicitar qualquer exame ou encaminhamento;
- Executar qualquer função que seja diferente de visualizar/cancelar solicitações;

Observações:

- O ACS deve ter cadastrado perfil para visualizar e cancelar as solicitações; O cadastro e ajuste no perfil deve ser realizado pelo diretor/gerente da unidade;
- deve-se criar um login/senha de COORDENADOR da UNIDADE por equipe de saúde da família;
- Nas áreas cobertas por EBF o ACS deve realizar a checagem e avisar os pacientes quando agendados, nas demais áreas cabe ao administrativo;



Regulação

Unidade de Atenção Primária

Gerente/Diretor

Todo GERENTE/DIRETOR da equipe deve:

- Ter acesso ao login de COORDENADOR da UNIDADE;
- Verificar diariamente as solicitações agendadas;
- Cancelar as solicitações com antecedência quando for manifestado interesse pelo paciente;
- Realizar senha/login para cada médico, enfermeiro e dentista solicitantes;

Fica vedado ao GERENTE/DIRETOR:

- Solicitar qualquer exame ou encaminhamento;

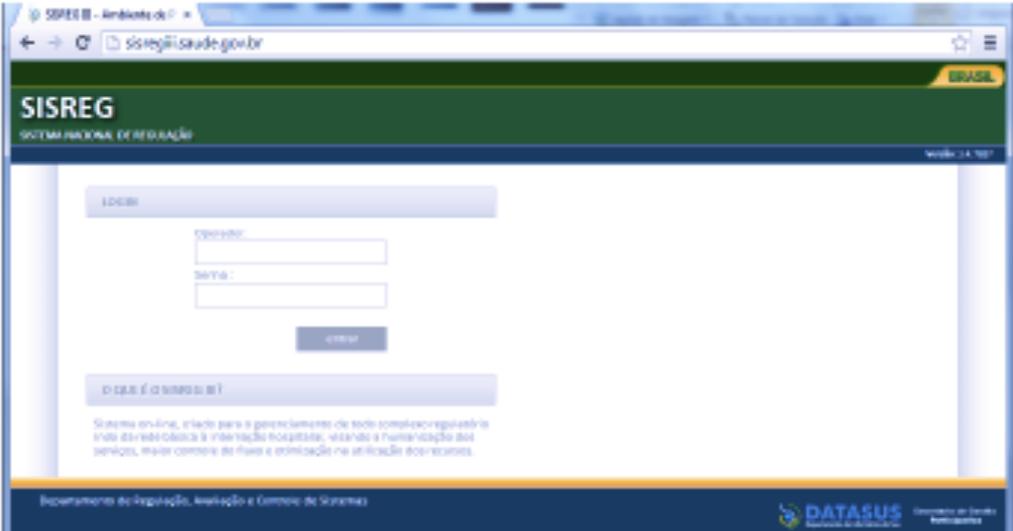
Observações:

- Todo médico/enfermeiro/dentista da atenção primária deve ter login e senha de solicitante;



Regulação Passo a Passo

sisregiii.saude.gov.br



The screenshot shows a web browser window with the URL sisregiii.saude.gov.br. The page title is "SISREG SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO". The main content area features a "LOGIN" section with input fields for "usuário:" and "senha:", and a "login" button. Below this is a "O QUE É O SISREG III?" section with a brief description: "Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo processo regulatório no âmbito da rede básica e rede terciária hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle de fluxo e otimização na utilização dos recursos." At the bottom, there is a footer with the text "Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Serviços" and the "DATASUS" logo.

RIO Prefeitura
Município

Regulação Passo a Passo

sisregiii.saude.gov.br

SISREG

Operador: **ADMINISTRATIVO PUBLICO** | Perfil: **COORDINADOR DE UNIDADES** | Unidade: **UNIDADE DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO** | 14/08/2014 10:00:00 | 1.4.1000

CONSULTA DE SOLICITAÇÕES AMBULATORIAIS

Atenção com regularidade esses avisos:

14/08/2014 - **Atenção com regularidade esses avisos:**

12/08/2014:

TREINAMENTO DO SISREG NO MÓDULO AMBULATORIAL.
OBJETIVO: Demonstração do Sistema Sisreg para novos operadores e, reciclagem para operadores Sisreg que sentirem necessidade.

Calendário Disponível:

18/08/2014 - UNIDADES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - PERFIL: COORDINADOR DE UNIDADES. (atuação de agendas e de 21:00h às 21:00h). Não há dia de treinamento, só no 21/08/2014.

20/08/2014 - PARA TODOS OS MUNICÍPIOS, EXCETO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.

09/09/2014 - UNIDADES DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO - PERFIL: SOLICITANTE / EXECUTANTE E REGULADOR.

Endereço: Rua Evaristo do Valle, 14 / 4º andar - Candelária - Centro - Rio de Janeiro (atrasado pelo posto de vacinação/Capt.00)
Telefone: 34.220.8

ENVIAR E-MAIL DE CONFIRMAÇÃO PARA ISSREG@SAMR.COM

At: Equipe de Regulação Ambulatorial - Tel: 2215-1405

RIO Prefeitura
Município

Regulação Passo a Passo

sisregiii.saude.gov.br

CONSULTA DE SOLICITAÇÕES AMBULATORIAIS

Consulta de Solicitações Ambulatoriais

Cód. Solicitação:

CNS:

CNES:

Cód. Procedimento Cód. Procedimento Unificado

Nome Procedimento:

Período: a

LIMPAR OK

Pode-se filtrar por CNES (recomendamos), nome procedimento, período

RIO
PREFEITURA
MUNICÍPIO

Regulação Passo a Passo

Clicando no cabeçalho da tabela pode-se mudar ordenamento

Legenda da Classificação de Risco

- Prioridade 010 - Emergência, necessidade de atendimento imediato
- Prioridade 1 - Urgência, atendimento em até 90 dias
- Prioridade 2 - Prioridade não urgente
- Prioridade 3 - Atendimento além de 90 dias
- Prioridade 4 - Stand-by até 180 dias

Solicitações (417):

DATA	USUÁRIO	ESPECIALIDADE	PROCEDIMENTO	UNIDADE	CLASSIFICADO
20.09.2013	EBRATO RODRIGUES DA COSTA	GENÉTICA	CONSULTA EM GENÉTICA - INFANTIL	SMS CP FELIPE CARLOS AP 35	Pendente
21.11.2013	ANDRÉ CRISTINA CEBRAL VEZ RIBUZZANO	GENÉTICA	CONSULTA EM GENÉTICA - INCOMPETÊNCIA UTERINA	SMS CP FELIPE CARLOS AP 35	Pendente
22.11.2013	MAURICE DE BARROS ALBUQUERQUE	GENÉTICA	COLONOSCÓPIA	SMS CP FELIPE CARLOS AP 35	Pendente
22.12.2013	DARLEA FERREIRA PORTO SOUZA	GENÉTICA	COLONOSCÓPIA	SMS CP FELIPE CARLOS AP 35	Pendente
23.12.2013	VANILDE VIEIRA	GENÉTICA	CONSULTA EM GENÉTICA - INCOMPETÊNCIA UTERINA	SMS CP FELIPE CARLOS AP 35	Pendente
26.12.2013	MICHELLE DO NASCIMENTO ESTEVES	GENÉTICA	CONSULTA EM GENÉTICA - LAQUEADURA	SMS CP FELIPE CARLOS AP 35	Pendente
28.01.2014	EDMUNDA DOS SANTOS RIBEIRANO	GENÉTICA	ENDOSCÓPIA DIGESTIVA ALTA	SMS CP FELIPE CARLOS AP 35	Pendente
29.01.2014	JOÃO MOURA DE SOUZA	GENÉTICA	ENDOSCÓPIA DIGESTIVA ALTA	SMS CP FELIPE CARLOS AP 35	Pendente
29.01.2014	SORAYA DOS SANTOS	GENÉTICA	GRUPO - DIAGNÓSTICO POR RESONÂNCIA MAGNÉTICA	SMS CP FELIPE CARLOS AP 35	Pendente
30.01.2014	VELVA MÁXIMO DOS SANTOS	GENÉTICA	ENDOSCÓPIA DIGESTIVA ALTA	SMS CP FELIPE CARLOS AP 35	Pendente
30.01.2014	ELBA BOCHA PEREIRA	GENÉTICA	CONSULTA EM GENÉTICA - LAQUEADURA	SMS CP FELIPE CARLOS AP 35	Pendente
30.01.2014	VANILDE VIEIRA	GENÉTICA	CONSULTA EM GENÉTICA - UROGENITAL	SMS CP FELIPE CARLOS AP 35	Pendente
30.01.2014	FALLO CESAR RAPOSO DOS SANTOS	GENÉTICA	ENDOSCÓPIA DIGESTIVA ALTA	SMS CP FELIPE CARLOS AP 35	Pendente
30.01.2014	MICHELLE VIEIRA DA SILVA	GENÉTICA	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONOGRAFICOS	SMS CP FELIPE CARLOS AP 35	Pendente
31.01.2014	NEILA FRANÇA AQUILAR	GENÉTICA	ENDOSCÓPIA DIGESTIVA ALTA	SMS CP FELIPE CARLOS AP 35	Pendente

RIO
PREFEITURA
MUNICÍPIO

Regulação Passo a Passo

NÃO CUSTA LEMBRAR...

Critérios de Prioridade

O SISREG permite no momento da solicitação de exame/consulta especializada a priorização por cores:

- VERMELHO:** são situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento prioritário, em até 30 dias.
- AMARELO:** são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, para próximos dias, em até 90 dias.
- VERDE:** são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, podendo aguardar até 180 dias.
- AZUL:** são situações clínicas que não necessitam um agendamento prioritário, podendo aguardar mais que 180 dias.

ATENÇÃO: trata-se exclusivamente de regulação ambulatorial. Toda situação que necessitar encaminhamento imediato ao especialista ou remoção, em caso de urgência ou emergência com risco de morte **NÃO DEVE SER ENCAMINHADO PELO SISREG AMBULATORIAL**, mas sim adionada a Central de Regulação para "VAGA ZERO" e a central de ambulâncias se houver necessidade de remoção.

NÃO se pretende com este documento esgotar todas as situações, mas sim sugerir a melhor conduta para as situações mais frequentes em cada tipo de encaminhamento/exame.

RIO
PREFÉCURA
SAÚDE

Regulação Passo a Passo

Clicando na linha pode-se detalhar a solicitação

Legenda da Classificação de Risco

- Precedência 1 - Urgência, atendimento a mais rápido possível
- Precedência 2 - Urgência, necessidade de atendimento imediato
- Precedência 3 - Atendimento não urgente
- Precedência 4 - Atendimento não urgente

Solicitações (417):

DATA	STATUS	PACIENTE	PROCEDIMENTO	UNIDADE	SITUAÇÃO
30.08.2013		EBLYTO SOUZEIRA DA COSTA	CONSULTA EM GENÉTICA - EMFANEL	SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	Pendente
31.11.2013		ANA CRISTINA CEBRAL VIZ SILVAZANO	CONSULTA EM GINECOLOGIA - INCONTINÊNCIA URINÁRIA	SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	Pendente
02.11.2013		JUDITE DE BARROS ALBUQUERQUE	ODONTOLOGIA	SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	Pendente
02.12.2013		DARLEA MIRANDA PORTO SOUZA	ODONTOLOGIA	SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	Pendente
20.12.2013		VANILDE VIEIRA	CONSULTA EM GINECOLOGIA - INCONTINÊNCIA URINÁRIA	SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	Pendente
26.12.2013		MICHELE DO NASCIMENTO ESTEVES	CONSULTA EM GINECOLOGIA - LAQUEADURA	SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	Pendente
08.01.2014		EROMIRIA DOS SANTOS REBUZANO	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	Pendente
05.01.2014		JOAO MIGUEL DE SOUZA	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	Pendente
09.01.2014		BRUNA DOS SANTOS	GRUPO - DIAGNÓSTICO POR RESONÂNCIA MAGNÉTICA	SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	Pendente
30.01.2014		VELVA MAXIMO DOS SANTOS	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	Pendente
30.01.2014		ELBA ROCHA PEREIRA	CONSULTA EM GINECOLOGIA - LAQUEADURA	SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	Pendente
30.01.2014		VANILDE VIEIRA	CONSULTA EM GINECOLOGIA - URGÊNCIA	SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	Pendente
30.01.2014		PAULO CESAR RAPOSO DOS SANTOS	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	Pendente
30.01.2014		MICHELE VIEIRA DA SILVA	GRUPO - EXAMES ULTRA-SONORAFIOSOS	SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	Pendente
23.01.2014		SELIA FRANÇA ADILAR	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	Pendente

RIO
PREFÉCURA
SAÚDE

Regulação Passo a Passo

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Nome	CNPJ	Operador	Responsável
SMS CP FELIPE CARDOSO AP 3L	0694075	LEONARDO_GRAVEDADDO	

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente	CPF		
DOOR ALBERTA LAURINDO	7080020844300		
Nome da Mãe	UF		
RODANE BARBOSA DE ALMEIDA	RJ		
Logradouro	Endereço	Complemento	Número
RUA	PAUL RILLER	---	402
Bairro	Município	Cidade	CEP
PRIMA	RIO DE JANEIRO	BRASÍLIA	21.870-200
Data de Nascimento	Sexo		
28/01/1952	F		
Telefone(s)			
(21) 9719-8900 (link para WhatsApp)			

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante	Nome Médico Solicitante
NÃO CADASTRADO	LEONARDO GRAVEDADO
Dependente Social	CEP
DUPLOUÇO COORDENATÓRIA EM DOENÇAS SUPROLOCAS E DIGESTIVAS	4122
CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE	
Unidade Destino	
SEM OPÇÃO DE PRESTADOR	
Procedimento Solicitado	Código
CONSULTA EM OTALMOLOGIA - RETINA GERAL	038100072

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S)

Regulável Não de Emergência

Qual tipo de regulador: RIO DE JANEIRO

HISTÓRICO DAS OBSERVAÇÕES:

Regulador	Data	Item	Situação
LEONARDO_GRAVEDADO	15.05.2014	11020	Pendente

Justificativa:
PACIENTE COM COORDENATÓRIA EM NOVEMBRO DE 2013 POR TUDO, NECESSITA DE SEGUIMENTO.

Situação Atual: **PENDENTE**

RIO
PREFEITURA
SAÚDE

Regulação Passo a Passo

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Prioridade de Solicitação:

- Prioridade Zero - Emergência, Transferência de Gravemente Doente
- Prioridade 1 - Urgência, Atendimento a Alta Risco Potencial
- Prioridade 2 - Prioridade Não Urgente
- Prioridade 3 - Atendimento Eletivo

Situação:

SITUAÇÃO DA SOLICITAÇÃO:

AUTORIZADO PENDENTE REJEITADO ABANDONADO

Checkar as Comets (é possível trocar)

CANCELADO! (sem indicação, fora de área, já realizado...)

Volta para Equipe (complementar dados do caso, etc)

Se não houver vagas na hora...

MARCAR!

RIO
PREFEITURA
SAÚDE

Regulação Passo a Passo

AUTORIZANDO:

- 2 POSSIBILIDADES:**

MS HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO - RIO DE JANEIRO - RJ Tipo: FÍSICO
<input type="radio"/> 28/08/2014 - RES - 13.00hrs - MARINA CANUTO DE FONSECA - INTERNA - Vaga: 1
<input type="radio"/> 11/08/2014 - RES - 07.00hrs - MARLA MARCA DE SOUZA ALVES - RESERVA - Vaga: 1
SMS POLICLINICA MANOEL GUILHERME PAM BANGU AP 51 - RIO DE JANEIRO - RJ Tipo: FÍSICO
SMS POLICLINICA ANTONIO RIBEIRO NETTO CENTRO CAP 1 B - RIO DE JANEIRO - RJ Tipo: FÍSICO
MS HOSPITAL FEDERAL CARROSSO FONTES - RIO DE JANEIRO - RJ Tipo: FÍSICO
SMSDC HOSPITAL MUN RONALDO GAZOLLA - RIO DE JANEIRO - RJ Tipo: FÍSICO

OU

Vaga não encontrada!

Deseja manter a solicitação na Regulação ou mandá-la para Fila de Espera?

Regulação Fila de Espera