

A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios

Ambulatory municipal regulation of the Unified Health System services in Rio de Janeiro: advances, limitations and challenges

Luiz Felipe Pinto ¹

Daniel Soranz ²

Mariana Tomasi Scardua ³

Iandara de Moura Silva ³

Abstract *Federalism is basis of the Republic of Brazil which is made up of the union of states, municipalities and the Federal District, with the basic principle of political and administrative decentralization in all political, economic and social relations. In the health sector, the primary health care provider should be able to integrate all care that the patient receives through the coordination of health services. This article aims to evaluate the results of referrals for consultations and outpatient examinations in primary health care in the municipality of Rio de Janeiro, highlighting the advances, limitations and challenges for management at the local level. A quantitative study was designed using administrative databases from the Registry of National Health Establishments (CNES), the National Regulatory System (SISREG), and a linkage between them. Between 2011 and 2015, the number of scheduled procedures increased by 86%, reflecting the decentralization of outpatient regulation for family doctors. It can be inferred that there is no shortage of specialists for outpatient care in the city in almost all areas. There are actually artificial bottlenecks that arise as a result of the lack of regulation of most of the workload contracted in specialist areas, that is, the number of vacancies is smaller than the capacity of health services available in health units at the municipal, state, federal levels and those contracted by the Unified Health System (SUS).*

Key words *Regulation, Primary Health Care, Waiting lists*

Resumo *O federalismo é o pilar da República, composta pela união dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, tendo como princípio básico a descentralização político-administrativa, nas relações políticas, econômicas e sociais. Na saúde, o provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços. Objetiva-se avaliar os resultados dos encaminhamentos de consultas e exames ambulatoriais da APS do município do Rio de Janeiro, demonstrando os avanços, limites e desafios para a gestão no nível local. Estudo quantitativo que utilizou as bases de dados administrativas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), além de uma “linkage” entre ambas as bases. Entre 2011 e 2015, o nº de procedimentos agendados teve um aumento de 86%, como reflexo da descentralização da regulação ambulatorial para os médicos de família. Pode-se inferir que não há falta de especialistas para atendimento ambulatorial no SUS carioca em quase todas as áreas. Existem gargalos artificiais pela ausência de regulação da maior parte da carga horária contratada na especialidade, ou seja, a oferta de vagas é menor do que a capacidade instalada das unidades municipal, estaduais, federais e conveniadas ao SUS.*

Palavras-chave *Regulação, Atenção Primária à Saúde, Listas de espera*

¹ Departamento de Medicina da Família e Comunidade, Faculdade de Medicina, UFRJ. Rua Laura Araújo nº 36, 2º andar, Cidade Nova. 20211-170. Rio de Janeiro RJ Brasil. felipepinto.rio2016@gmail.com

² Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Complexo Regulador, Subsecretaria Geral, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

O federalismo é o pilar da República Federativa do Brasil, composta pela união indissolúvel dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, tendo como princípio básico a descentralização político-administrativa, nas relações políticas, econômicas e sociais^{1,2}

A Constituição Federal de 1988 estatuiu em seu artigo 196, a saúde como *direito de todos e dever do Estado* e foi operacionalizada inicialmente pela Lei nº 8.080 do Sistema Único de Saúde que a definiu de forma abrangente, concebendo-a como o bem-estar físico e mental do indivíduo e a sua vivência em sociedade. Trouxe também a definição de que as ações e os serviços de saúde deveriam integrar na esfera pública, uma rede regionalizada e hierarquizada, orientada pelas diretrizes da descentralização em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade.

Com mais de 20 anos de atraso, a Lei 8.080/90 foi regulamentada pelo Decreto nº 7.508/11 que teve como principal objetivo esclarecer diversos conceitos, sem sair dos limites da Constituição, que preconiza um acesso universal às ações e serviços desempenhados pelo SUS. Dessa forma, definiu: região de saúde, contrato organizativo da ação pública da saúde, portas de entrada, comissões intergestores, mapa da saúde, rede de atenção à saúde, serviços especiais de acesso aberto, protocolo clínico e diretriz terapêutica. Oficializou também a Atenção Primária à Saúde em seu artigo 11º como porta de entrada e ordenadora do acesso ao SUS.

Nesse período entre a Lei e o Decreto, podem-se observar dois períodos no que se refere às relações entre os entes federados. O primeiro ocorreu durante as décadas de 1990/2000, com uma forte descentralização político-administrativa para os municípios, em um processo conhecido como ‘municipalização’. O segundo foi registrado já na segunda metade da década de 2000 – com o ‘Pacto pela Saúde’³, até os dias atuais, com a otimização e a racionalização do SUS, mediante a estratégia da regionalização.

Contudo, conforme observa Albuquerque Netto⁴, a Carta Magna apresentou regras próprias para que cada ente federado fosse responsabilizado por um número determinado de atribuições, com o objetivo de não haver duplicidade no cumprimento de determinada tarefa e com isso, garantindo-se uma melhor atenção à saúde das pessoas.

Na saúde, esta estrutura institucional, denominada ‘federalismo sanitário brasileiro’, traz

inúmeras questões desafiadoras para os gestores nos três níveis de governo no âmbito político-administrativo, começando pelas grandes diferenças geográficas entre seus entes. Por exemplo, o estado de Minas Gerais com 853 municípios, Rio de Janeiro com 92, e Roraima com apenas 15. E entre o total de 5.570 municípios, 69,0% possuem menos de 20.000 habitantes⁵.

A principal estratégia para a ampliação do acesso aos primeiros contatos junto aos serviços de saúde foi transformada em Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), inicialmente em 2006 e posteriormente revisada em 2011^{6,7}. A nova versão da PNAB autoriza pela primeira vez os vínculos parciais de trabalho, facilitando a contratação de médicos para as Equipes de Saúde da Família (ESF), especialmente para as grandes cidades, o que foi verificado como nó crítico para a expansão das ESF⁸. Entretanto, conforme destaca Costa⁹, a PNAB omite-se em relação aos grandes municípios e metrópoles ao indicar a opção por um formato de financiamento único, nacional, que favorece os municípios mais pobres, menores e com as menores densidades demográficas. E mais, preconiza também um modelo fechado de composição da equipe mínima para a Estratégia de Saúde da Família.

Atenção Primária à Saúde: porta de entrada principal e coordenadora do cuidado

Por “Atenção Primária em Saúde” (APS), utilizamos aqui o conceito abrangente cunhado por Starfield¹⁰ que se baseia em quatro atributos essenciais e três derivados. Os quatro atributos essenciais da APS são: (1) acesso de primeiro contato: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas, (2) longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo, (3) integralidade: lista de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, adequados ao contexto desse nível de atenção, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para outras especialidades médicas e não médicas, hos-

pitais, entre outros, (4) coordenação do cuidado: pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

A coordenação do cuidado, o quarto atributo da atenção, é essencial para a obtenção dos outros aspectos. Para esta mesma autora, sem ela, *a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa*. Nem todas as necessidades podem ser atendidas na atenção primária, por este motivo, as pessoas tendem a ir a outros locais. Para esta autora, os desafios da coordenação podem ser subdivididos em três aspectos: (1) no próprio estabelecimento de saúde, quando os usuários são vistos por vários membros da equipe e as informações a respeito do paciente são geradas em diferentes lugares (incluindo laboratórios e clínicas), (2) com outros especialistas chamados para fornecer aconselhamento ou intervenções de curta duração, (3) com outros especialistas que tratam de um paciente específico por um longo período de tempo, devido à presença de um distúrbio específico. A coordenação do cuidado pela APS inclui, entre outros aspectos, a questão dos encaminhamentos para outros especialistas.

Na cidade do Rio de Janeiro, até 2009, o Sistema de Regulação de consultas e procedimentos eletivos era praticamente inexistente, ficando a cargo do paciente quando recebia o encaminhamento, ir até as unidades e encontrar vaga para o procedimento desejado, o que gerava custo de deslocamento do usuário, perda de dias de trabalho, e uma profunda inequidade de acesso, além de imensas filas para agendamento e disputa de vagas. Com a criação da Coordenação de Policlínicas e o fortalecimento da atividade regulatória da Subsecretaria Geral, fruto da reforma organizacional da SMS, foi possível a utilização de um Sistema Nacional de Regulação do Ministério da Saúde para um número maior de unidades. No final de 2011 eram regulados 790.091 procedimentos/ano, de maneira centralizada, com alto tempo de espera às demandas e com a maior parte destes procedimentos com regulação automática pelo próprio sistema informatizado. Pela fragilidade do sistema, este agendamento automáti-

co não apresentava bom desempenho em avaliar o tempo de espera e a distância da residência, permitindo agendamentos desordenados e que afrontavam as de regionalização da cidade, não fornecendo também um processo de proteção e controle para encaminhamentos desnecessários. Tendo a influência das reformas europeias nos seus sistemas de saúde¹¹, a Secretaria Municipal de Saúde alterou profundamente o modelo de regulação ambulatorial, descentralizando-a para as unidades de atenção primária no 2º semestre de 2012, isto é, os médicos de família responsáveis técnicos dos quase 200 estabelecimentos de saúde passaram a agendar diretamente em um Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde disponibilizado aos municípios brasileiros, os procedimentos – exames e consultas – de várias especialidades médicas e não médicas.

No município do Rio de Janeiro, subdividido para fins de gestão da saúde, em dez áreas de planejamento formadas pelos bairros existentes, a expansão das ESF ocorreu de forma heterogênea nestas áreas de 2009 até 2016, em um movimento de mudança denominado de “reforma dos cuidados em atenção primária à saúde”, atingindo em dezembro de 2012, 39,8% de cobertura e ultrapassando 50% em dezembro de 2015¹².

O objetivo deste artigo é avaliar no contexto do federalismo sanitário brasileiro, e à luz da coordenação do cuidado pela APS, os resultados observados dos encaminhamentos de consultas e exames ambulatoriais da cidade do Rio de Janeiro, demonstrando os avanços, os limites e os desafios apontando para a gestão no nível local.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo que irá utilizar as bases de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), ambos do Ministério da Saúde, operados pela Secretaria Municipal de Saúde na gestão de suas áreas de planejamento de saúde. Uma das análises foi realizada a partir da *linkage* por estabelecimento de saúde dos dados do CNES e SISREG municipal a partir das variáveis CPF e nome do profissional de saúde, disponíveis em ambas as bases de dados.

CNES

Conforme Pinto¹³ apontou, o CNES representa um padrão único de identificação de unidades e profissionais de saúde. Foi instituído a

partir da Portaria nº 376 da SAS/ Ministério da Saúde, de 3 de outubro de 2000, publicada após pactuação na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e permanência em consulta pública até dezembro de 2000. Passou a normatizar o cadastramento em todo o território nacional das unidades de saúde conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e daquelas não conveniadas (Não SUS). O Cadastro tomou por base muitas das variáveis da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS/IBGE) de 1999 e, posteriormente, de 2002. Além disso, outras fontes foram consideradas: (i) formulários do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), (ii) formulários do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), (iii) Formulários dos Sistemas de Autorização da APAC's, (iv) Formulários do Cadastro Nacional de Saúde, (v) sugestões recebidas de gestores e da sociedade em geral.

SISREG

Trata-se de um sistema administrativo on-line do Ministério da Saúde, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar e aos procedimentos de alta complexidade, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados no nível municipal, estadual, federal, e dos provedores privados conveniados ao SUS, inclusive universitários¹⁴.

O SISREG municipal ambulatorial considera diversos critérios de prioridade para representar o tempo máximo desejável de atendimento, representando-os por cores. A 'vermelha', são situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento prioritário, em até 30 dias; a 'amarela' são situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, em até 90 dias; a 'verde', pode aguardar até 180 dias e a 'azul', são situações clínicas que não necessitam um agendamento prioritário, podendo esperar mais que 180 dias¹⁵. Entre 2011 e 2015, o número de procedimentos, exames e consultas agendados teve um aumento de 86%, passando de 790.091 para 1.469.771, como reflexo da descentralização da regulação ambulatorial para os médicos de família de cada unidade de saúde. A proporção observada destes procedimentos em tempo adequado foi diferente para cada cor. Nota-se a dificuldade de atendimento das classificações consideradas "vermelhas" no tempo oportuno, variando de 30 a 50% no período de 2011 a maio de 2016. As prioridades classificadas como "amarelas", con-

seguiram ser atendidas entre 60 e 80% das vezes (Gráfico 1).

Para o presente artigo, foram selecionadas as variáveis: 'carga horária ambulatorial' informada no CNES e 'número de vagas semanais' no SISREG ofertadas para a SMS-RJ pelos prestadores estadual, federal, conveniado ao SUS, e do próprio município, a partir de um conjunto de especialidades médicas e não médicas elegíveis para a regulação. Considerou-se de forma conservadora que a cada hora registrada no CNES, dois procedimentos, exames ou consultas teriam condições de ser realizados, isto é, em uma média de 30 min por atendimento. Isso gerou a variável, 'número de consultas esperadas'.

A regionalização e a regulação ambulatorial

O Município do Rio de Janeiro é a segunda maior metrópole do país em população, correspondendo a uma área de 1.224,56 km², dividida em regiões administrativas instituídas, pela Lei Orgânica Municipal nº 141, de 11 de dezembro de 1979, e modificada pelo Decreto Municipal n.º 3158, de 23 de julho de 1981¹⁶. A distribuição da população nos bairros que compõem as Áreas de Planejamento (AP) não se dá de forma homogênea, havendo vários núcleos de adensamento populacional (Figura 1).

As densidades populacionais das APs variam de 2.246 hab/km², na AP 5.3, a 21.731 hab/km², na AP 5.2. As de maior densidade após a AP 5.2 são a AP 2.1 com 14.094 hab/km² e a AP 3.3 com 13.821 hab/km² e as de menor, após a AP 5.3, são a AP 4.0 com 3.095 hab/km² e a AP 5.1 com 5.484 hab/km². Estes valores nos mostram que há pelo menos três grupos distintos de densidade populacional entre as APs do Município do Rio de Janeiro, o que de antemão já nos sugere a necessidade de um planejamento diferenciado de oferta de serviços de saúde capaz de atender às diferentes populações das regiões de saúde.

A incipiência da oferta assistencial no SISREG no município implica diretamente na eficiência do atendimento ao usuário, visto que a classificação de risco e o tempo de espera são fundamentais para a eficácia do tratamento.

Forçosamente há de ser romper os limites do território de cada AP para o encaminhamento dos pacientes para os locais onde estão instalados os serviços de média e alta complexidade, levando a movimentação dos pacientes de um ponto a outro dos limites da cidade.

O sistema SISREG, se bem utilizado, permite alta transparência das disponibilidades de vagas,

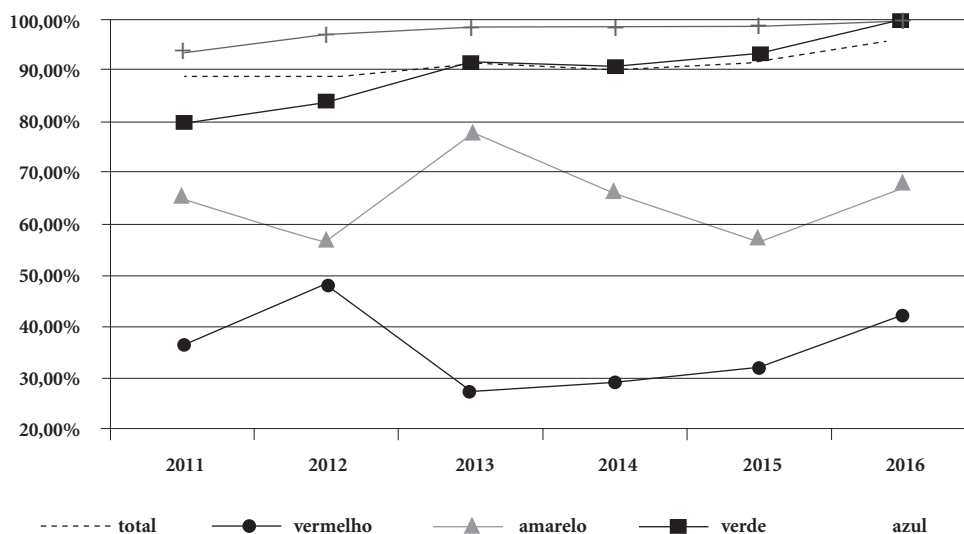


Gráfico 1. Gráfico 1. Distribuição da proporção procedimentos, exames e consultas realizados em tempo adequado no SISREG segundo critérios de prioridade, Município do Rio de Janeiro – 2011 – 2016.

Fonte: SISREG municipal, Rio de Janeiro, 2016.

Obs: Os dados de 2016 referem-se ao período acumulado do ano até maio-2016.

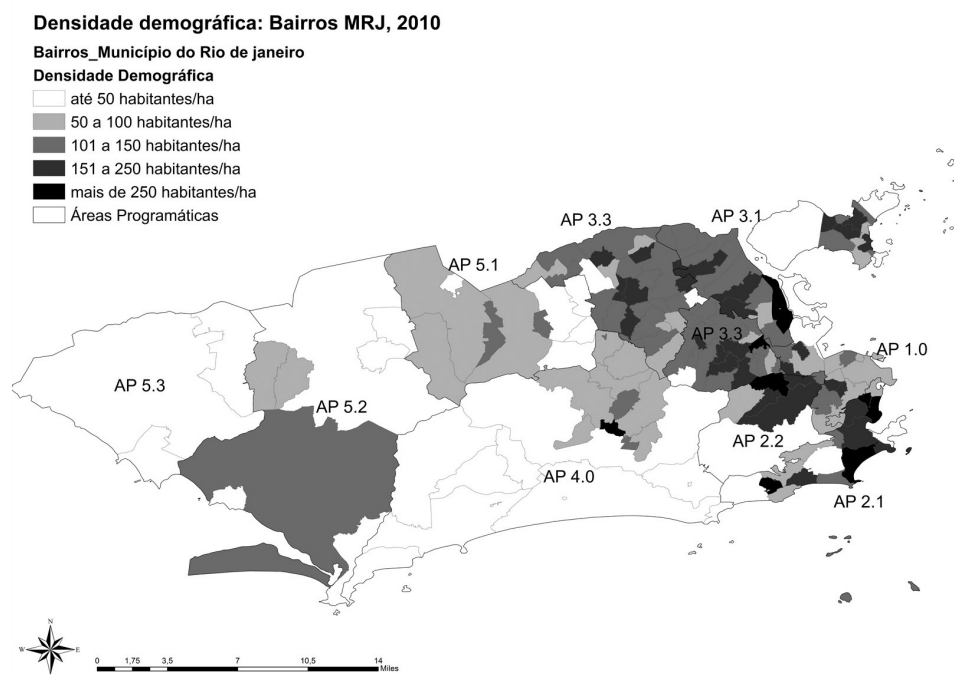


Figura 1. Densidade demográfica por Área de Planejamento – Município do Rio de Janeiro - 2015.

Fonte: IBGE, estimativa populacional a partir do Censo 2010, em 02 de fevereiro de 2015¹⁷.

porém não viabiliza a regionalização da oferta de procedimentos regulados, deixando a cargo do regulador a seleção do local onde o paciente será atendido.

A cidade mantém a regulação e o agendamento centralizado de procedimentos odontológicos especializados nas Coordenadorias de Área Programática, no qual foi pactuado que os dentistas reguladores só devem agendar os pacientes para sua própria região. Os dados do SISREG mostram que com esta medida o paciente permanece em fila de espera, enquanto há vagas para agendamento em outras regiões evidenciando que a simples limitação de território não é suficiente para reduzir o tempo de espera de atendimento¹⁸.

Alguns autores^{19,20} descreveram que a redução do tempo de espera para atendimento na média e alta complexidade é um dos principais aspectos suscetíveis de melhora do sistema de saúde. Por outro lado, sistemas de regulação que permitam o trânsito de pacientes por várias regiões, muitas vezes distantes da residência dos pacientes, devem ser acompanhados por medidas que impactem no absenteísmo e que fortaleçam o vínculo entre profissional de saúde e paciente, inserindo o referenciamento deste na coordenação do cuidado, trazendo à tona a relevância da articulação

entre a política, que parte do centro das organizações, e a prática dentro das unidades de saúde.

Resultados dos avanços obtidos

Para um mês típico que representa o ano de 2015, do total de 186.326 horas contratadas, esperava-se um total de 372.652 consultas e apenas 45.980 foram reguladas, isto é, foram disponibilizadas apenas 12,3% do total das consultas esperadas. Nesse período, a produção ambulatorial semanal estimada foi de 437.291 procedimentos, exames e consultas. Há grandes diferenças entre as esferas administrativas, sendo a municipal a maior provedora: responsável por 63,3% da oferta de vagas no SISREG, sendo 38,4% das unidades municipais próprias, 24,9% das unidades conveniadas ao SUS, 9,0% a estadual, e a federal a menor, 2,3% (Tabela 1).

Após a *linkage* entre variáveis do CNES e SISREG municipal, a seleção de algumas especialidades e procedimentos evidencia grandes disparidades entre a proporção de consultas reguladas pela SMS-RJ em relação ao total de consultas esperadas, oscilando entre 5,7% para consultas de fisioterapia, 8,1% para consulta de ginecologia – cirurgia de baixo e médio risco, a 48,3% para as

Tabela 1. Distribuição semanal da carga horária ambulatorial contratada, número de consultas esperadas, reguladas e produção ambulatorial segundo esfera administrativa das unidades de saúde. Município do Rio de Janeiro – outubro de 2015.

Esfera administrativa	CH ambulatorial semanal contratada	Produção semanal ambulatorial	Consultas semanais esperadas	Consultas semanais reguladas	% consultas reguladas / esperadas
Municipal	38.203	162.565	76.406	29.312	38,4%
Estadual	29.197	74.404	58.394	5.246	9,0%
Federal	105.743	173.664	211.486	4.864	2,3%
Conveniada ao SUS	13.183	26.658	26.366	6.558	24,9%
Total	186.326	437.291	372.652	45.980	12,3%

Fonte: Para carga horária ambulatorial semanal contratada, CNES / DATASUS, Ministério da Saúde, para consultas reguladas, SISREG municipal, outubro de 2015.

Obs: A tabela considera um conjunto de tipos de consultas/procedimentos que ofertavam vagas no SISREG em outubro de 2015, entre as policlínicas, os hospitais, as maternidades, os institutos, os centros de reabilitação e as clínicas conveniadas com o SUS carioca.

A) A carga horária (CH) ambulatorial contratada refere-se àquela registrada *online* no Sistema do Ministério da Saúde, chamado Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) para as unidades de saúde de todas as esferas administrativas: municipal, estadual, federal e conveniadas ao SUS. B) Considerou-se que uma consulta esperada levaria em média 30 min de duração. C) As consultas reguladas referem-se àquelas disponíveis para marcação/agendamento pelos médicos de família reguladores da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro. (D) A produção ambulatorial considera uma estimativa semanal para o mês de outubro/2015 para fins de comparação com as demais colunas da tabela, dados oriundos do SIA-SUS. (E) Os estabelecimentos de saúde estaduais e federais incluem as unidades universitárias.

consultas em oftalmologia geral (Tabela 2). Isto significa que em alguns dos casos listados na Tabela 2, não haveria fila ou até mesmo, o tempo médio para a realização dos procedimentos seria bastante reduzido, se os profissionais ofertassem parte de sua carga horária no SISREG. Portanto, pode-se inferir que não há falta de especialistas para atendimento ambulatorial no SUS da cidade do Rio de Janeiro em quase todas as áreas. O que existe são gargalos artificiais pela ausência de regulação da maior parte da carga horária contratada na especialidade, ou seja, a oferta de vagas para regulação é imensamente menor do que a capacidade instalada das unidades assistenciais (coluna D, Tabela 2), o que pode ser comprovado pela falta de atualização das agendas dos profissionais no SISREG e pela produção ambulatorial apresentada nos sistemas de informação (SIA)

ser maior do que a oferta existente no SISREG. A instabilidade de atualização das agendas de vagas no SISREG, por outro lado, acaba gerando grandes variações no tempo médio de espera ao longo dos meses.

Resultados dos limites observados e discussão com a literatura

Para o subgrupo de consultas e exames selecionados (aqueles com maior número de solicitações pendentes), o tempo médio geral de espera foi de 80 dias para consulta e de 72 para exames (dados não tabulados). Barua²¹ apresentou os resultados de um relatório de gestão dos tempos de espera para o Canadá, estratificando suas províncias e mensurando o tempo em semanas. Neste país, o tempo médio geral em que

Tabela 2. Distribuição semanal da carga horária ambulatorial contratada, número de consultas esperadas e reguladas segundo especialidades selecionadas no município do Rio de Janeiro em 2015.

Especialidade/ CBO	Procedimento	CH semanal	Consultas	Consultas	% consultas
		ambulatorial contratada na especialidade (A)	semanais esperadas (B)	semanais reguladas (C)	reguladas / esperadas (D = C/B)
Médico oftalmologista	Consulta em oftalmologia - geral	4.011	8.022	3.873	48,3%
Médico cardiologista	Consulta em cardiologia	5.778	11.556	2.442	21,1%
Médico urologista	Consulta em urologia	1.983	3.966	1.108	27,9%
Médico angiologista	Consulta em angiologia	640	1.280	452	35,3%
Cirurgião dentista endodontista	Consulta em endodontia	970	1.940	479	24,7%
Médico ginecologista e obstetra	Consulta em ginecologia – cirurgia de baixo e médio risco	9.046	18.092	1.469	8,1%
Médico neurologista	Consulta em neurologia	2.785	5.570	754	13,5%
Médico cirurgião plástico	Consulta em cirurgia plástica - reparadora	1.506	3.012	490	16,3%
Médico gastroenterologista	Endoscopia digestiva alta	2.157	4.314	1.346	31,2%
Fisioterapeuta geral	Consulta em fisioterapia	13.235	26.470	1.521	5,7%

Fonte: Para carga horária ambulatorial contratada, CNES / DATASUS, Ministério da Saúde, para consultas reguladas, SISREG municipal, outubro de 2015. Linkage realizada a partir dos microdados existentes em ambas as bases de dados por número do CNES da unidade, nome e CPF do profissional de saúde.

Obs: A tabela considera um conjunto de tipos de consultas/procedimentos que ofertavam vagas no SISREG em outubro de 2015, entre as policlínicas, hospitais, maternidades, institutos, centros de reabilitação e clínicas conveniadas com o SUS carioca para algumas especialidades, listadas através da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), selecionadas no CNES.

A) A carga horária (CH) contratada refere-se àquela registrada online no Sistema do Ministério da Saúde, chamado Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) para as unidades de saúde de todas as esferas administrativas: municipal, estadual, federal e conveniadas ao SUS. B) Considerou-se que uma consulta esperada levaria em média 30 min de duração. C) As consultas reguladas referem-se àquelas disponíveis para marcação/agendamento pelos médicos de família reguladores da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro. (D) A produção ambulatorial considera uma estimativa semanal para o mês de outubro/2015 para fins de comparação com as demais colunas da tabela, dados oriundos do SIA-SUS. (E) Os estabelecimentos de saúde estaduais e federais incluem as unidades universitárias.

um médico de família consegue referenciar outro especialista para uma primeira consulta era de 8,5 semanas (ou seja, aproximadamente 60 dias). Os tempos de espera não são exclusivamente um problema de oferta, uma vez que existem países com altos níveis de gastos, leitos ou médicos que têm longos tempos de espera. Os países da OCDE possuem políticas específicas para o monitoramento e a gestão dos tempos de espera, sendo a mais comum delas a adoção de mecanismos e fluxos que estabelecem ao fim, a garantia de um tempo máximo de espera que é amplamente publicizado nos canais de comunicação para toda a população^{22,23}. Os tempos de espera para tratamentos eletivos (não emergenciais) são uma das principais preocupações da política de saúde em vários países, no caso brasileiro é notável a carência na sistematização destes tempos e sua publicidade na maioria das capitais e estados do País. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) aponta a importância da sistematização desta informação e sua divulgação como principal estratégia para a resolução do problema²⁴. Outros autores²⁵ apontam para uma situação importante que é o acesso excessivo aos serviços médicos sem utilização de evidências científicas sólidas, causam mais danos do que benefícios à população.

Na cidade do Rio de Janeiro, os tempos médios de espera (filas) poderiam ser reduzidos e, em vários exames e consultas, quase eliminados se as unidades estaduais e federais oferecessem pelo menos metade da carga horária ambulatorial

contratada no SISREG municipal. A análise de um conjunto de consultas e exames revela que o tempo médio existente para atendimento agendado da população carioca, oscilou entre 30 dias (consulta em fisioterapia - geral) e 123 dias (consulta em cirurgia plástica - reparadora). Por outro lado, o número de solicitações pendentes acumuladas aguardando agendamento variou de 439 (consulta em cardiologia) até 15.845 (consulta em oftalmologia geral) (Tabela 3).

Discutindo desafios para a gestão local

O federalismo sanitário brasileiro atribui diversas competências e atribuições aos entes municipal, estadual e federal. Em julho de 2015 foi pactuada na CIB-RJ nº 3.470 a criação da Central Unificada de Regulação – REUNI-RJ. Foi determinado que a coordenação da REUNI-RJ seria coordenada pela Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ) (parágrafo 2º) e atuaria na operacionalização da regulação do acesso dos municípios fluminenses aos procedimentos definidos como estratégicos localizados no Município do Rio de Janeiro. A SES-RJ passa então a regular os procedimentos ambulatoriais, o que até 2015 era feito pela SMS-RJ, a saber: oncologia, radioterapia, hematologia, cirurgia cardiovascular, traumatologia, neurocirurgia, pré-natal de alto risco estratégico^{26,27}.

A criação de uma nova central de regulação, sob gestão de outra Secretaria (nível estadual) e uso de sistema de informação diferente do SIS-

Tabela 3. Distribuição das pendências de solicitações acumuladas e tempo médio de espera para agendamento segundo consultas e procedimentos selecionados no Município do Rio de Janeiro em out/2015.

Consultas e procedimentos/exames	Nº de pendências acumuladas em out/2015	Tempo médio para agendamento (dias)
Consulta em oftalmologia - geral	15.845	120
Consulta em cardiologia	439	73
Consulta em urologia	1.678	58
Consulta em angiologia	3.636	73
Consulta em odontologia - endodontia	1.400	75
Consulta em ginecologia - cirurgia baixo e médio risco	906	83
Consulta em cirurgia plástica - reparadora	1.446	123
Endoscopia digestiva alta	3.179	122
Consulta em fisioterapia geral	5.056	30
Consulta em neurologia	5.897	64

Fonte: SISREG municipal, dados extraídos e, outubro de 2015.

REG do Ministério da Saúde, trouxe relatos de situações de desorientação da população carioca usuária do SUS, que desde o 2º semestre de 2012 conhecia o fluxo organizado de acesso na cidade do Rio de Janeiro estabelecido pela APS, inviabilizando também a integração dos dados necessários para planejamento e gestão no nível local, principalmente entre os procedimentos que passaram a ser regulados pela Secretaria Estadual de Saúde no município do Rio de Janeiro.

Essa desagregação dificulta, por exemplo, os estudos de oferta das necessidades de contratação dos prestadores privados para complementar os serviços não disponíveis no SUS carioca, além de não responsabilizar os profissionais pelo acompanhamento dos usuários na realização desses procedimentos regulados. Esse seguimento deve ser feito pela atenção primária à saúde do município, que é o nível de atenção mais próximo das pessoas, que coordena o cuidado e mantém o vínculo profissional-usuário-família ao longo do tempo.

Na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, os usuários recebem um aviso da unidade de atenção primária sobre a confirmação e o agendamento de sua consulta. Essa responsabilização pelo acompanhamento é facilitada pelo envio de uma *Short Message Service* (SMS) a cada agendamento realizado no SISREG e pela ferramenta local “Onde ser atendido”, desenvolvida para territorializar toda a população da cidade, mesmo aquela sem ESF²⁸, informando a cada pessoa-família, qual a sua unidade de referência na APS. Tais processos de gerenciamento não estão disponíveis no Sistema Estadual de Regulação (SER), prejudicando o acesso a informações e a coordenação do cuidado. Porém, mesmo com essa ferramenta, uma das limitações atuais do SISREG é a questão da dificuldade de parametrização territorial entre as unidades que ofertam vagas e o local de residência da população, o que dificulta a acessibilidade geográfica dos usuários. Dessa forma, por exemplo, uma pessoa que more na zona oeste pode ser agendada para um exame no Centro da cidade do Rio de Janeiro, a uma distância de 63 km a ser percorrida e um possível absenteísmo.

Perspectivas

Como visto, os maiores desafios para a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro na diminuição dos tempos de espera estão associados

às áreas de oftalmologia, urologia, cardiologia, gastroenterologia, radiologia, angiologia, neurologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, ginecologia cirúrgica, cirurgia vascular e fisioterapia geral. Uma análise global do conjunto destas e de todas as outras especialidades que poderiam ofertar vagas para agendamento revela que mais de 80% dos profissionais com registro no CNES não oferecem nenhuma vaga para a SMS-RJ. Por isso, se o gestor municipal pudesse exercer o papel preconizado pelo SUS de ser o gestor “único e pleno” de pelo menos a metade da carga horária ambulatorial contratada junto aos profissionais cadastrados no CNES, e esta pudesse ser revertida em vagas ofertadas pelas unidades estaduais e federais no SISREG municipal, os tempos de espera seriam expressivamente reduzidos e, em várias especialidades, até mesmo zerados. Outra parte da carga horária deveria ser disponibilizada para os municípios do interior do Estado do Rio de Janeiro. Afinal, essa atribuição de responsabilização, acompanhamento e coordenação do cuidado de seus munícipes na atenção primária à saúde pertence ao gestor municipal e em algum momento deveria ser fortalecida política e economicamente, sendo repactuada pelos gestores das três esferas da administração, sem prejuízo para os estabelecimentos de saúde atenção terciária e quaternária, que compõem a rede de atenção e de formação dos profissionais para o SUS.

Os recursos da saúde são escassos e a população carioca poderia ser melhor atendida em seus encaminhamentos ambulatoriais especializados, se houvesse um novo pacto federativo, já apontado por Temporão²⁹, pela atenção primária à saúde nos três níveis de gestão com a verdadeira alocação de pelo menos metade da carga horária ambulatorial contratada dos profissionais de saúde junto ao SUS em um Sistema Único de Regulação da capital do Rio de Janeiro. A oferta destinada aos demais municípios do Estado do Rio de Janeiro poderia ter a regulação mediada pela Secretaria de Estado de Saúde entre aqueles com baixa capacidade institucional para gestão da saúde. Entender o problema, decifrar, mapear e divulgar os tempos de espera da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro ajuda a compreender décadas de desorganização das filas ambulatoriais do SUS local, considerando a capacidade instalada de serviços públicos nessa que foi a capital do País e que herdou grande rede hospitalar, evitando-se que essa ‘esfinge’ paralise a ação do gestor local em busca de melhoria de acesso para os cidadãos cariocas.

Colaboradores

LF Pinto, D Soranz e M Scardua participaram da concepção e delineamento, redação, montagem e análise do banco de dados e revisão do artigo, IM Silva contribuiu na montagem do banco de dados e revisão do artigo.

Referências

1. Lassance A. Federalismo no Brasil: trajetória institucional e alternativas para um novo patamar de construção do Estado. In: Linhares PTF, Mendes CC, Lassance A, organizadores. *Federalismo à Brasileira: questões para discussão*. Brasília: IPEA; 2012. p. 23-36. v. 8. (Série: Diálogos para o Desenvolvimento).
2. Leal VN. *Coronelismo, enxada e voto: o município e o regime representativo no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Companhia das Letras; 2012.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação de Integração Programática. *Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS*. Brasília: MS; 2006. (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 3).
4. Albuquerque Netto JA. *O direito à saúde no federalismo: repartição de competência na assistência farmacêutica* [monografia]. Brasília: Instituto Brasileiro de Direito Público; 2010.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2014*. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS, 2014. [acessado 2016 jul 2]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_dou.shtm
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: MS; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde. v. 4).
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Brasília: MS; 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
8. Mendonça MHM, Martins MIC, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2355-2365.
9. Costa NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1389-1398.
10. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
11. Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface. In: Saltman RB, Rico A, Boerma W, editors. *Primary care in the driver's seat? organizational reform in European primary care*. Maidenhead, New York: Open University Press; 2006. p. 85-104.
12. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCPHC) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1327-1338.

13. Pinto LFS. *Estratégias de integração e utilização de bancos de dados nacionais para avaliação de políticas de saúde no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
14. Brasil. Departamento de Informática do SUS/ Secretaria Executiva/Ministério da Saúde, 2016. *Sistema Nacional de Regulação (SISREG)*. [acessado 2016 jul 4]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/regulacao/sisreg>
15. Rio de Janeiro. *SISREG – Protocolo para o Regulador. Protocolo Clínico de Critérios para Regulação de Vagas Ambulatoriais*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2014.
16. Rio de Janeiro. Lei Orgânica Municipal nº 141, de 11 de dezembro de 1979. *Diário Oficial do Município* 1979; 12 dez.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *População Total: Brasil em 2010*. [acessado 2015 fev 2]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
18. Moura I. *A Reforma da Regulação dos procedimentos odontológicos especializados no Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2015.
19. Conil EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Cien Saude Colet* 2011; 16(6):2783-2794.
20. Siciliani L, Verzulli R. Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. *Health Econ* 2009; 18(11):1295-1306.
21. Barua B. Waiting your turn. Wait times for health care in Canada. 2015 Report. Fraser Institute, 2015. [acessado 2016 jul 4]. Disponível em: <https://www.fraserinstitute.org/studies/waiting-your-turn-wait-times-for-health-care-in-canada-2015-report>
22. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Publishing, Paris, 2013. [acessado 2016 jul4]. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works-9789264179080-en.htm>
23. Borowitz M, Moran V, Siciliani L. A review of waiting times policies in 13 OECD countries. In: *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* Paris: OECD Publishing; 2013. p. 49-68.
24. Siciliani L, Moran V, Borowitz M. *Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries*. Paris: OECD Publishing; 2013. OECD Health Working Papers N° 67.
25. Richardson J, Peacock S. *Will more doctors increase or decrease death rates? An econometric analysis of australian mortality statistics*. Victoria: Monash University; 2003. Working Paper 137. Centre for Health Program Evaluation.
26. Rio de Janeiro. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Deliberação CIB-RJ nº 3.470 de 20 de julho de 2015. Pactua a criação de uma Central Unificada de Regulação - REUNI-RJ para ordenação do acesso de serviços estratégicos localizados no município do Rio de Janeiro, 2015. [acessado 2016 jul 5]. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/ane-xos/1865--292/file.html> acessado
27. Rio de Janeiro. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Deliberação CIB-RJ nº 3.534 de 18 de setembro de 2015. Agrega procedimentos estratégicos a serem regulados exclusivamente pela REUNI/RJ, 2015b. [acessado 2016 jul5]. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/ar-quivos-para-baixar/ane-xos/1905--329/file.html>
28. Rio de Janeiro. Onde ser Atendido? Rio de Janeiro: Superintendência de Atenção Primária/ Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, 2012. [acessado 2016 jul 6]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/onde-ser-atendido>
29. Temporão JG. Discurso de posse no cargo de Ministro da Saúde em 19 de março de 2007. *Informativo da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)* 2007; 24(98):6-10.

Artigo apresentado em 28/05/2016

Aprovado em 04/08/2016

Versão final apresentada em 23/09/2016

