



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Jacqueline Oliveira de Carvalho

A experiência da regulação assistencial ambulatorial na APS da cidade do Rio de Janeiro: implicações para o acesso dos usuários à atenção especializada

Rio de Janeiro

2021

Jacqueline Oliveira de Carvalho

A experiência da regulação assistencial ambulatorial na APS da cidade do Rio de Janeiro: implicações para o acesso dos usuários à atenção especializada

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Alves Melo

Rio de Janeiro

2021

The experience of outpatient care regulation in PHC in the city of Rio de Janeiro:
implications for users' access to specialized care

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

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

C331b Carvalho, Jacqueline Oliveira de.
A experiência da regulação assistencial ambulatorial na APS da cidade do Rio de Janeiro: implicações para o acesso dos usuários à atenção especializada / Jacqueline Oliveira de Carvalho. -- 2021.
83 f. : tab.

Orientador: Eduardo Alves Melo.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Regulação e Fiscalização em Saúde.
3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Equidade. 5. Integralidade em Saúde.
6. Carga de Trabalho. 7. Pesquisa Qualitativa. 8. Entrevistas como Assunto.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12098153

Jacqueline Oliveira de Carvalho

A experiência da regulação assistencial ambulatorial na APS da cidade do Rio de Janeiro: implicações para o acesso dos usuários à atenção especializada

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 29 de outubro de 2021.

Banca Examinadora

Prof. Dr Leandro Marcial Amaral Hoffmann
Universidade Federal Fluminense

Prof.^a Dr.^a Mariana Vercesi de Albuquerque
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof. Dr Eduardo Alves Melo (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

À minha família por serem estímulos constantes na busca do meu aperfeiçoamento e na busca da verdade, pelos sorrisos no meio do caminho, pela torcida diária, por seus sacrifícios, mas, acima de tudo, por entenderem a minha ausência e apoiarem minha escolha, compartilhando a minha rotina de estudos e ansiedade diante desse enorme desafio.

Ao Raphael meu parceiro de vida, grande incentivador e motivador mesmo diante do meu visível cansaço frente as multitarefas que assumi nesse caminho.

À Deus por me sustentar e me guiar nessa trajetória.

À Maria Clara, minha filha querida que ressignificou a importância deste trabalho e por ser minha maior motivação.

Aos amigos de turma adquiridos ao longo desse trabalho, pela troca de experiências do dia a dia.

Ao meu orientador, Eduardo, por sua exigência e persistência em incentivar sempre a minha melhor versão e por estar sempre presente apesar da distância geográfica entre o Brasil e a França.

A educação é a arma mais poderosa que você pode usar para mudar o mundo.

NELSON MANDELA (2003)

RESUMO

A regulação assistencial busca, entre seus objetivos centrais, a garantia do acesso com equidade, elemento ainda crítico na interface entre APS e atenção especializada no SUS. A partir de 2012, na atenção primária da cidade do Rio de Janeiro médicos das unidades passaram a exercer também a função de reguladores do acesso a exames e consultas ambulatoriais. A singularidade deste desenho descentralizado de regulação (considerando o cenário nacional) bem como a importância da regulação para a coordenação do cuidado (função estratégica da APS) compõem a justificativa do presente estudo, que objetivou explorar tal experiência de regulação ambulatorial, notadamente as suas implicações para o acesso dos usuários à atenção ambulatorial especializada. Trata-se de pesquisa qualitativa, realizada a partir de entrevistas (com profissionais e gestores) e análise documental. Os resultados foram organizados em torno das seguintes dimensões: Trajetórias e nuances do processo organizativo da regulação assistencial, o funcionamento local da regulação ambulatorial descentralizada nas unidades de APS e efeitos para o acesso à atenção especializada. Evidenciou-se que a descentralização da regulação ambulatorial na experiência estudada contribui para o aumento do protagonismo da APS na regulação e para ganhos parciais na função de coordenação do cuidado a frágil preparação para o exercício da regulação, a competição por vagas, a sobrecarga profissional e a falta de equidade do modelo foram considerados desafios para o exercício da regulação assistencial descentralizada. Tal modalidade de regulação é incapaz, por si mesma, de resolver problemas que dizem respeito à oferta de ações e serviços especializados, ao modelo de cuidado na atenção especializada. De todo modo, trata-se de inovação promissora, ainda que requeira aprimoramentos substanciais.

Palavras-Chave: Atenção Primária à saúde. Regulação em Saúde. Acesso à serviços de saúde. Equidade. Integralidade em Saúde.

ABSTRACT

The care regulation seeks, among its central objectives, to guarantee access with equity, which is still a critical element in the interface between PHC and specialized care in the SUS. As of 2012, in the primary care of the city of Rio de Janeiro, physicians from the units began to also exercise the role of regulators of access to examinations and outpatient consultations. The uniqueness of this decentralized regulatory design (considering the national scenario) as well as the importance of regulation for the coordination of care (strategic role of the PHC) make up the justification for this study, which aimed to explore this experience of outpatient regulation, notably its implications for users' access to specialized outpatient care. It is a qualitative research, carried out through interviews (with professionals and managers) and document analysis. The results were organized around the following dimensions: Trajectories and nuances of the organizational process of care regulation, the local functioning of decentralized outpatient regulation in PHC units and effects on access to specialized care. It was evident that the decentralization of outpatient regulation in the studied experience contributes to the increased role of PHC in regulation and to partial gains in the care coordination function, the fragile preparation for the exercise of regulation, competition for vacancies, professional overload and the lack of equity in the model were considered challenges for the exercise of decentralized care regulation. This modality of regulation is incapable, by itself, of solving problems related to the provision of specialized actions and services, to the model of care in specialized care. In any case, this is a promising innovation, even though it requires substantial improvements.

..

Keywords: Primary health care. Health regulation. Access to health services. Equity, Integrality in Health.

LISTA DE TABELA

Tabela 1 -	Beneficiários por Município.....	31
------------	----------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CADSUS	Cartão Nacional de Saúde
CAP	Coordenadorias Gerais de Atenção Primária
CAPs	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HFA	Hospital Federal do Andaraí
HFB	Hospital Federal de Bonsucesso
HFCF	Hospital Federal Cardoso Fontes
HFI	Hospital Federal de Ipanema
HFL	Hospital Federal da Lagoa
HFSE	Hospital Federal dos Servidores do Estado
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
HUGG	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IFF	Instituto Fernandes Figueira
INC	Instituto Nacional de Cardiologia
INCA	Instituto Nacional de Câncer
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
MS	Ministério da Saúde
NHS	Serviço Nacional Britânico de Saúde
NIR	Núcleos Internos de Regulação
NIR's	Núcleos Internos de Regulação
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PREFC	Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade
PRMFC	Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RT	Responsável Técnico
SER	Sistema Estadual de Regulação

SISREG	Sistema de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIRIO	Universidade do Rio de Janeiro
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E APS.....	19
3.2	ACESSO.....	21
3.3	EQUIDADE.....	22
3.4	REGULAÇÃO, REGULAÇÃO EM SAÚDE E REGULAÇÃO ASSISTENCIAL OU DO ACESSO.....	26
4	MATERIAIS E MÉTODOS	30
4.1	NATUREZA E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	30
4.2	CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA.....	30
4.2.1	Caracterização da unidade: Unidade A	32
4.2.2	Caracterização da unidade: Unidade B	33
4.3	MÉTODOS E TÉCNICAS.....	33
4.3.1	Metodologia de análise	34
4.3.2	Aspectos Éticos	34
5	RESULTADOS	35
5.1	TRAJETÓRIAS E NUANCES DO PROCESSO ORGANIZATIVO DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL DESCENTRALIZADA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.....	35
5.2	O FUNCIONAMENTO LOCAL DA REGULAÇÃO AMBULATORIAL DESCENTRALIZADA NAS UNIDADES DE APS: MATIZES ENTRE A NORMATIVA E A PRÁTICA.....	40
5.3	MODELO DESCENTRALIZADO DE REGULAÇÃO: EFEITOS PARA O ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....	48
5.3.1	Proximidade do profissional solicitante/regulador com o usuário	49
5.3.2	Competição por vagas e sobrecarga profissional	50
6	DISCUSSÃO	54
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	63

REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA - GESTORES DO NÍVEL CENTRAL.....	72
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA – COORDENADORES DE AP.....	73
APÊNDICE C - ROTEIRO PARA ENTREVISTA – GERENTES DE UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	74
APÊNDICE D - ROTEIRO PARA ENTREVISTA – MÉDICOS REGULADORES LOCAIS	75
APÊNDICE E - ROTEIRO PARA ENTREVISTA – MÉDICOS SOLICITANTES.....	76
APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	77
APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA GESTORES (ENTREVISTA).....	78
APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PROFISSIONAIS (ENTREVISTA).....	81

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua concepção na Constituição Federal, em 1988, adotou os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade. Como política pública, são inegáveis os avanços alcançados e documentados na trajetória do SUS, mas ainda há enormes desafios a serem superados.

Dentre esses, o acesso a serviços de saúde, e, sobretudo, à atenção especializada representam um dos maiores desafios para a concretização de um sistema mais equânime. Além disso, A organização em ambulatorios nos sistemas com a presença de especialistas, comumente coexiste com encaminhamentos desconexos a rede, sem o conhecimento do profissional que realizou a solicitação e com a falta de acesso aos prontuários com registros do atendimento anterior, quase sempre uma assistência distante da Atenção Primária à Saúde (APS), o que ocasiona um cuidado unilateral por parte do especialista e retenção do usuário no serviço especializado, aumentando filas de espera, falta de vínculo com a APS e dificultando a coordenação do cuidado (TESSER; POLI, 2017).

A assistência à saúde, exercida de forma fragmentada e desarticulada entre os serviços da rede, representa uma barreira na consolidação dos princípios e diretrizes estabelecidos, não apenas na Constituição Federal, como também em inúmeros instrumentos normativos responsáveis pela regulamentação do sistema. Para Mendes, um dos caminhos para a construção de um sistema mais integrado, é o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2011).

Dentre as diretrizes e estratégias para a implementação da RAS está o fortalecimento da APS para a coordenação do cuidado e ordenamento da organização da rede de atenção. Contudo, apesar desse protagonismo atribuído à APS na RAS, é sabido que um dos desafios para a coordenação do cuidado é a garantia do acesso à serviços de saúde e a continuidade desse cuidado em outros espaços da rede. Uma das estratégias adotadas pelo SUS foi a regulação prevista em diferentes âmbitos, incluindo a regulação assistencial ou regulação do acesso, como também é nomenclaturada (BRASIL, 2014).

A regulação assistencial busca, entre seus objetivos centrais, a garantia do acesso com equidade. Para isso, torna-se imprescindível a atuação do Estado para efetivar tais propósitos. Vilarins, Gutierrez e Shimizu (2012, p. 641) afirmam que:

Por sua vez, a regulação assistencial promove a equidade do acesso aos serviços de saúde, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional. Para tanto, uma das estratégias utilizada pelo SUS é a

organização de centrais de regulação do acesso por temas ou áreas assistenciais.

O processo instituído pelo SUS, de descentralização das ações e serviços de saúde, ocorrido desde os anos 90, veio acompanhado de uma mudança nas atribuições dos estados e, principalmente, dos municípios.

Um dos municípios brasileiros que teve destaque na expansão tardia da APS e no desenho de regulação ambulatorial implementado foi o município do Rio de Janeiro. O Rio de Janeiro é conhecido por ter uma rede especializada e fragmentada, historicamente estruturada como uma rede muito hospitalar e, além disso, por ter a gestão, especialmente dos hospitais (muitos com ações/anexos ambulatoriais), dividida entre município, estado e união (KONDER; O'DWYER, 2016).

Em dezembro de 2008, o Rio de Janeiro possuía 7,13% de cobertura de Equipes de Saúde da Família e 21,25% de cobertura de Atenção Básica. Em 2016, o município do Rio de Janeiro alcançou aproximadamente 60% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 68,6% de cobertura de Atenção Básica, utilizando o parâmetro de 3.450 usuários por equipe de Estratégia de Saúde da Família (MS/SAPS, 2017).

Outra iniciativa implementada junto ao contexto de expansão da APS, foi a mudança no desenho de regulação assistencial, no qual a atenção primária passa, a partir de 2012, a ocupar lugar de destaque, com médicos locais das unidades de APS exercendo também a função de reguladores, desenho este, diferente de grande parte do modo de regulação assistencial desenvolvido em outros lugares do país, nos quais as Centrais de Regulação, quando existentes, são o grande lugar de exercício formal da regulação. Este estudo buscou explorar tal experiência de regulação ambulatorial, dita descentralizada, sobretudo no que diz respeito ao seu funcionamento local e suas implicações sobre alguns aspectos do acesso à atenção especializada.

Justificativa

As complexidades que permeiam o processo de regulação envolvem questões muito além do nível local. Entender como a rede oferta os procedimentos dentro dos sistemas de regulação não é uma tarefa fácil. No município do Rio de Janeiro, o processo de regulação ocorre de maneira diferenciada de outros municípios, notadamente pelo modo de atuação dos médicos da APS no processo regulatório.

Durante minha experiência na gestão, pude perceber que esse cenário, em algumas ocasiões, favorecia o conflito e constrangimento entre a equipe de trabalho visto que o médico

regulador, quando necessitava negar uma solicitação de um colega, poderia optar por não o fazer a fim de evitar situações embaraçosas dentro da unidade.

Enquanto gerente de uma Unidade Básica de Saúde, pude vivenciar esse processo. Como ponto de partida, iniciei tentando entender como são ofertados os procedimentos dentro dos sistemas de regulação. Confesso que não foi uma tarefa muito fácil, até porque não há uma capacitação / treinamento ou até mesmo orientação sobre isso quando se é contratado, caracterizando-se por processos complexos e que dependem, muitas das vezes, do tempo de trabalho na rede para entender os caminhos da regulação.

De maneira geral, durante os cinco anos que passei na gerência de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi possível perceber algumas divisões relacionadas aos tipos de exames, por exemplo: exames de imagem eram agendados no Rio Imagem, exames ambulatoriais de menor complexidade no SISREG e exames, procedimentos e consultas de alta complexidade em sua maioria inseridos no SER.

Apesar de confuso, era possível perceber que para algumas solicitações de consultas ou procedimentos, a regulação local ambulatorial facilitava o acesso ao procedimento. Antes da mudança desse modelo, só a central de regulação agendava os procedimentos e exames, limitando-se a Unidade Básica de Saúde (UBS) a fazer as solicitações. Com essa mudança a UBS passou a agendar localmente, em alguns casos, diminuindo o absenteísmo e agilizando o andamento do plano de cuidado traçado pelo profissional. Para especialidades com oferta de vagas disponíveis para a regulação descentralizada/local esse processo foi facilitado.

Neste arranjo, coexistia a facilidade para agendamento de algumas especialidades e dificuldade para outras. Essa última, no geral, angustiava os profissionais a medida em que os procedimentos eram solicitados e não havia vaga ofertada durante alguns meses. Em conversa com o corpo médico da unidade, responsáveis por solicitar e agendar consultas e procedimentos, alguns relataram por mais de uma vez um incômodo, pois sentiam que o profissional da ponta ficava um pouco "na berlinda", visto não ter autonomia para a disponibilização de vagas e, no entanto, eram pressionados pelos usuários insatisfeitos com a demora no acesso à atenção especializada, gerando sofrimento entre esses profissionais.

Um assunto também importante era a organização frente ao número de equipes e de profissionais reguladores. Conforme orientação da SMS, orientava-se que a cada 3 equipes de Estratégia de saúde da Família, 1 equipe deveria ter o médico regulador. Tal movimento favorecia a presença de profissional com perfil solicitante e de regulador dentro da mesma equipe. Neste sentido, alguns profissionais apontaram um certo "favorecimento" nos agendamentos dessas equipes.

Outro fator de tensionamento apontado por esses profissionais era a fragilidade da retaguarda técnica que recebiam das instâncias hierarquicamente acima deles. Um mecanismo criado com o objetivo de realizar a interlocução entre o profissional local e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), foram os Núcleos Internos de Regulação (NIR), localizados dentro das Coordenadorias Gerais de Atenção Primária (CAP), sendo assim, um local para a retirada de dúvidas, capacitação da rede e avaliação do cuidado ofertado dentro de determinada área programática do município do Rio de Janeiro.

Entretanto, os profissionais da unidade apontavam uma desigualdade nos Núcleos Internos de Regulação das CAP. Enquanto algumas áreas programáticas contavam com um profissional exclusivo para a função de Responsável técnico, profissional esse que seria a ponte entre o regulador local e a central de regulação da Secretaria Municipal de Saúde, outras áreas contavam com profissionais que saíram de suas funções na “ponta” para serem alocados na CAP e com pouca ou sem nenhuma experiência na gestão dessa regulação ou até mesmo treinamento para isso.

Tal situação ocasionava uma falta de referência técnica nessas áreas programáticas. Os médicos que trabalhavam na Unidade de Atenção Primária relataram não saber a quem perguntar quando havia dúvidas, e que quando perguntavam, recebiam a resposta muito depois do solicitado, fazendo com que cada vez mais procurassem outros médicos da rede para sanar seus questionamentos, o que além de não estar normatizado, ocasionava a falta de padrão de fluxos, além de aumentar as discrepâncias dentro da rede municipal. As CAP que possuíam profissional qualificado, conseguiam de alguma maneira potencializar e organizar melhor sua área programática em relação às outras que não possuíam esse profissional.

As questões apontadas pela equipe e dificuldades vivenciadas no dia a dia do processo de trabalho da unidade, suscitaram questões importantes de avaliação do processo interno e fluxo da unidade. Dentre essas questões, o modo de marcação de consultas, além das diferenças no acesso aos procedimentos ofertados pela regulação em diferentes unidades, ou seja, com perfis diferentes, eram assuntos comumente abordados e discutidos nas reuniões técnicas da unidade.

Até 2017, os reguladores locais, que também continuavam atuando como médicos das equipes de saúde da família, não tinham orientações nem agenda prevista com horários organizados para o exercício da regulação.

O processo era realizado quando possível a verificação de vagas no SISREG, por exemplo: o médico poderia verificar a existência de vagas disponíveis durante as 24h do dia. Dentro das unidades de saúde isso ocorria geralmente depois do horário de trabalho, o que

para muitos, era apontado como uma sobrecarga por se sentirem responsáveis em realizar tal tarefa fora do seu horário de expediente para garantir um melhor acesso dos seus usuários.

A partir de 2017, os médicos RT receberam a orientação de suas respectivas CAP, de terem um turno semanal reservado à regulação ambulatorial. Tal orientação visava garantir um turno protegido para que esses profissionais exercessem a regulação em seu horário de trabalho. Entretanto, não era possível cumprir essa orientação uma vez que não havia horário definido para disponibilização de vagas no SISREG, ocasionando uma verdadeira correria para a marcação quando havia vagas disponíveis e que esgotavam rapidamente, sem tempo hábil para o regulador qualificar a regulação no momento do agendamento, pois a leitura significaria “perda de tempo” na corrida pela vaga.

Da forma como era desenvolvido, o processo de agendamento de consultas além de requerer do profissional a agilidade necessária, treinamento e conhecimento da rede, permitia falhas importantes. Ele não impedia, por exemplo, que pacientes com classificação de menor risco/gravidade fossem agendados antes de pacientes com classificação de maior risco/gravidade, acarretando, em alguns casos, o aumento do tempo de espera do usuário para realização da consulta ou procedimento.

Esse processo nem sempre estava diretamente ligado ao compromisso do regulador, mas em como adequar a necessidade ao tempo disponível para regulação, além da falta de tempo hábil para qualificar as solicitações dos colegas. Sendo assim, os problemas relacionados ao modo de disponibilização de vagas no sistema favoreciam falhas por parte dos reguladores. Além disso, a falta de qualificação e organização dos critérios para agendamento por parte do médico regulador, como por exemplo a classificação de risco e o tempo de espera, traziam impactos direto no acesso do usuário aos procedimentos ou consultas especializadas.

Além de toda essa “corrida” pela vaga, que favorece os mais disponíveis e ágeis no processo de marcação de consultas, uma outra contradição dentro do processo angustiava ainda mais esses profissionais, que ao procurarem procedimentos ou consultas com vagas disponíveis para regulação, visualizavam através do perfil de médico regulador, a oferta de vagas disponíveis, mas sem a opção de agendamento liberada para o profissional responsável pela regulação à nível local.

Isso se deve ao fato do município do Rio de Janeiro não ter descentralizado totalmente a regulação ambulatorial, e com isso algumas especialidades e procedimentos foram retirados do agendamento pelos reguladores locais, como por exemplo: Vagas destinadas a municípios do interior, oftalmologia especialidades ou exames (somente poderiam ser agendados para

oftalmologia geral) Tomografia Computadorizada; Ressonância Magnética, mastologia ou biópsia de mama; saúde mental e psiquiatria. Com exceção das vagas destinadas a municípios do interior, tal restrição foi justificada pela pouca oferta no município e haveria então uma melhor gestão de vagas sendo gerenciadas pela Central de Regulação. Mas o que se pode constatar era que apesar de serem procedimentos com alta demanda pelo município, havia perda de parte destas vagas, pois não eram agendadas pelo nível central a tempo de serem executadas, o que aumentava a angústia dos profissionais envolvidos no processo.

Conforme descrito anteriormente, a regulação ambulatorial a nível local e as diversas especificidades que a compõem perpassam pelo treinamento do profissional, perfil da unidade, perfil do regulador, tempo disponível destinado à regulação, modo e o tempo de disponibilização das ofertas nos Sistemas de Regulação entre outras questões. Essas questões exigem um esforço da rede no sentido de tornar mais oportuno o acesso, visto que o princípio da equidade é um dos pilares da regulação ambulatorial.

Conforme citado anteriormente, a regulação em saúde é compreendida como importante ferramenta para promoção do acesso com equidade à atenção especializada, sendo ainda uma temática pouco explorada no âmbito da APS. Neste sentido, coloca-se como questão de pesquisa deste estudo: Quais as implicações do arranjo descentralizado de regulação ambulatorial para o acesso dos usuários à atenção especializada?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as implicações do desenho de regulação assistencial ambulatorial no município do Rio de Janeiro para o acesso dos usuários à atenção ambulatorial especializada.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são:

- a) caracterizar a organização da regulação assistencial ambulatorial no município do Rio de Janeiro;
- b) descrever o processo local de regulação no âmbito das unidades de atenção primária no município do Rio de Janeiro;
- c) mapear implicações e efeitos do modelo descentralizado de regulação sobre o acesso dos usuários à atenção especializada.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E APS

O Relatório Dawson, publicado em 1920, apresentou uma das primeiras descrições de organização através da regionalização em rede. Construído sob a demanda de organizar a disposição de serviços de saúde após a Primeira Guerra Mundial, o relatório apresenta conceitos fundamentais na construção das RAS como: território, populações adscrita, porta de entrada, referência e atenção primária como coordenadora do cuidado (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

A partir desta discussão observamos que o SUS carrega em seus princípios referenciais teóricos que remetem ao relatório Dawson. As propostas contidas no Relatório voltam-se para a organização de sistemas de saúde integrados, a partir de regiões de saúde delimitadas, onde devem ser organizadas ações de diferentes níveis de complexidade, oferecidas por serviços primários – também chamados no Brasil de atenção básica – secundários – atenção especializada – e terciária, ou hospitalar – atenção de alta complexidade ou em regime de internação sob uma base geográfica definida (LAVRAS, 2011).

Segundo Kuschnir e Chorny (2010), a reforma do sistema de saúde brasileiro sofreu influência das experiências dos países que construíram sistemas universais que, através de seus sistemas e a organização de redes regionalizadas de serviços de saúde, constituiu a premissa sobre a qual historicamente foram debatidas as propostas de reforma do sistema de saúde brasileiro.

Com base nas formulações dos autores, é possível compreender a organização em redes como uma resposta à questão de garantia de acesso com uma certa racionalidade a toda uma população. Para Kuschnir e Chorny (2010), é necessária a concentração de serviços assim como a adoção de mecanismos de referência e contrarreferência a fim de garantir questões de eficiência/escala e qualidade.

Neste sentido, os autores apontam para uma regionalização baseada em territórios de grande aporte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões com a finalidade de garantir de acesso ao cuidado de forma integral e coordenada através de mecanismos de referência entre os níveis, com aporte de sistemas de informação e transportes (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada como um componente das Redes de Atenção à Saúde (RAS) adotado por diversos países com a finalidade de qualificar e dar efetividade ao acesso dos usuários aos serviços de saúde e para além disso promover redirecionamento de um modelo curativo, individual e hospitalar para um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático. Em diversos momentos, a APS tem sido a aposta para um caminho rumo a consolidação da RAS, possibilitando articulações intersetoriais em prol do desenvolvimento humano, social e econômico das populações (PNAB, 2012).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm sido pensadas como forma de articular a rede assistencial através de organizações poliárquicas, vinculadas entre si com uma missão cooperativa e interdependente. Um dos principais objetivos deste tipo de organização é a oferta de uma assistência contínua e integrada coordenada pela Atenção Primária em Saúde (MENDES, 2011). Neste sentido, visam equilibrar a resposta do sistema de saúde ao acelerado processo de transição demográfica, epidemiológica e tecnológica. Para isso, deve responder por uma população adscrita a rede de atenção à saúde, neste caso, ter pessoas cadastradas na APS, uma estrutura operacional que corresponde aos componentes da RAS e um modelo lógico de atenção à saúde. Logo, uma RAS fortalecida está diretamente ligada a uma atenção primária de qualidade (MENDES, 2011).

Mendes (2007) sinaliza que as redes de atenção à saúde, apesar da contribuição da concepção dawsoniana, ganham um formato contemporâneo com os sistemas integrados de saúde, uma proposta surgida no início dos anos 90, nos Estados Unidos. A proposta americana de sistemas integrados de saúde faz-se no ambiente da atenção gerenciada (managed care).

Segundo Mendes, a situação Brasileira apresenta uma incoerência à medida que o Sistema de Saúde Brasileiro ainda se encontra de forma fragmentada trabalhando de forma reativa e episódica voltado para episódios agudos ou agudizações de condições crônicas ao mesmo passo que apresenta uma necessidade cada vez maior do trabalho em rede à medida que possui uma transição demográfica acelerada combinada a uma tripla carga de doenças (MENDES, 2011).

Lima et al (2012) apontam as relações existentes entre regiões e redes de atenção pois permitem observar determinantes sociais, necessidades de organização de serviços, atendimento da população independente de seu território de adscrição, hierarquização tecnológica relacionada as necessidades e recursos disponíveis além da busca na garantia de resolutividade a partir dos dispositivos disponíveis. Sendo assim, o processo de regionalização torna-se um influenciador positivo no acesso à saúde.

Nessa perspectiva, a regionalização é entendida não só como processo técnico-político, mas também pela distribuição de poder e pelas relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos, em diferentes espaços geográficos (LIMA et al, 2012).

Vale lembrar a maioria dos municípios brasileiros, por serem pequenos, não podem ter redes completas, requerem parceria com outros, constituindo regiões de saúde nas quais redes mais completas têm mais viabilidade de existir.

Na medida em que a regulação se dá no contexto de uma determinada rede, o conhecimento sobre a rede pode ser importante para compreender o enquadramento da própria regulação. Ainda que o objeto deste trabalho não se refira ao conjunto de uma rede de atenção, mas sim à regulação ambulatorial (que é apenas um dos componentes), o referencial sobre redes permite uma contextualização muito necessária ao tema da regulação assistencial.

3.2 ACESSO

O acesso é um conceito multidimensional, influenciado por diversas variáveis, e dentre elas, as necessidades de oferta e procura. Um modelo teórico que nos ajuda a compreender a complexidade desse conceito é o modelo teórico de Andersen sobre a utilização de cuidados de saúde. Segundo o autor, a utilização é diretamente dependente da necessidade e essa por sua vez é também condicionada por fatores predisponentes e fatores de capacitação. Sendo assim, o estado de saúde geralmente condiciona a necessidade pelo serviço, enquanto os fatores predisponentes incluem variáveis externas à saúde que condicionam o indivíduo pela busca de serviços como: fatores sociodemográficos, crenças e atitudes relacionadas à saúde/doença. Os fatores de capacitação, por sua vez, incluem recursos pessoais, familiares ou comunitários, os quais podem facilitar ou dificultar a utilização de cuidados de saúde (ANDERSEN, 1995).

Há autores que vão além dessa conceituação realizada por Andersen. Martins e Travassos (2004) abordam a diferenciação entre o conceito de uso e utilização dos serviços de saúde. O primeiro refere-se ao contato direto (ex: consulta médica) ou indireto (ex: realização de exames diagnósticos) com os serviços de saúde. Já a utilização dos serviços está relacionada a interação do usuário com os profissionais de saúde, onde o usuário é responsável pela busca do serviço de saúde e os profissionais pelos seus contatos subsequentes. (MARTINS; TRAVASSOS, 2004). Contudo, assim como Andersen, as autoras defendem a complexidade e empregabilidade, as vezes errônea, do acesso como conceito

(MARTINS; TRAVASSOS, 2004).

Um estudo realizado em 2012 descreve 4 dimensões de acesso à saúde, sendo elas: disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação. A disponibilidade refere-se à relação geográfica entre os serviços e os usuários (ex: distância entre moradia e o serviço de saúde); já a aceitabilidade está correlacionada à percepção dos serviços pelos indivíduos que o utilizam; a capacidade de pagamento é a relação entre custo da utilização do serviço de saúde e a viabilidade de pagamento por quem o utiliza. A informação está inserida na relação e no grau de assimetria entre o conhecimento do usuário e do profissional de saúde. (SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

Apesar do considerável debate sobre o conceito de acesso, não é possível resumi-lo em apenas utilização dos serviços de saúde, sendo assim descrito como uma oportunidade de utilização do sistema de maneira adequada e apropriada (SANCHEZ, CICONELLI, 2012).

O acesso de primeiro contato, como atributo essencial da APS, pressupõe a disponibilidade do acesso ao serviço de saúde correlacionado ao entendimento do usuário daquele serviço como sua porta de entrada ao apresentar um problema de saúde, salvo as emergências e urgências médicas (STARFIELD, 2002).

Solla e Chioro (2012) apontam que o acesso à assistência à saúde nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, na média e alta complexidade, é um ponto importante de estrangulamento e pressão de demanda, gerando muitas vezes longas filas de espera para alguns procedimentos. Por outro lado, estes serviços representam vultosos gastos do conjunto do orçamento da saúde, em que pese o subfinanciamento existente no SUS (FRANCO, 2013).

O acesso à atenção especializada depende não só da conformação da APS em termos de base territorial, como também da estrutura da atenção secundária e terciária assim como sua capacidade instalada e seus modos de organização e funcionamento.

A experiência do município do Rio de Janeiro acerca do investimento na APS como coordenadora do cuidado na rede, assim como a aposta na descentralização da regulação ambulatorial a nível local, traz o acesso como um dos eixos centrais ao debate. Desta forma, contextualizar o tema do acesso sob suas diferentes perspectivas ajuda a entender as correlações do acesso a serviços de saúde em uma proposta de regulação descentralizada.

3.3 EQUIDADE

As correntes do pensamento liberal acerca do conceito de justiça social deixam

dúvidas em relação ao conceito de equidade que cada uma delas pode sustentar. A teoria proposta por Rousseau traz a perspectiva de dois tipos de desigualdade. A primeira relacionada a uma desigualdade natural ou física e a segunda de cunho político ou moral. Para ele, apenas o trabalho pode dar direito a propriedade, seu conceito de justiça social é permeado pela idéia de igualdade, destacando como critério distributivo “a cada um segundo seu próprio trabalho” (ROUSSEAU, 1986).

Já a vertente utilitarista, também inserida no pensamento liberal sobre o conceito de justiça social e equidade, considera que uma sociedade é corretamente ordenada, e, portanto, justa, quando obtém a maior soma de satisfação, independente da sua distribuição entre os indivíduos pertencentes a essa sociedade. Segundo essa vertente, considerando duas pessoas que atualmente têm o mesmo estado de saúde, seria inteiramente lógico tentar melhorar o nível de saúde daquele que conta com uma renda maior, inclusive efetuando transferências, caso possível, do indivíduo de renda inferior para o outro mais rico. Sendo assim, pode-se afirmar que o utilitarismo pouco, para não dizer nada, pode aportar como teoria sustentadora do conceito de equidade (LE GRAND, 1988).

A mais desenvolvida, elaborada por Rawls, é sustentada pelos seguintes princípios: cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema mais amplo possível de liberdades básicas; todos os societários têm direitos à mais extensa liberdade compatível com a liberdade dos demais. As desigualdades econômicas e sociais devem ser tais que: sirvam ao maior benefício dos mais desfavorecidos, dentro dos limites de um justo princípio de repartição; devem estar relacionadas a funções e posições abertas a todos, em acordo com o princípio de justa igualdade de oportunidades (RAWLS, 1971).

Whitehead (1992), que formulou o conceito de equidade incorporado ao conceito de justiça à distribuição igualitária, afirma que o termo iniquidade possui uma dimensão ética e social, uma vez que as iniquidades em saúde se referem as diferenças desnecessárias e evitáveis e que ao mesmo tempo são consideradas injustas e indesejáveis.

Entre as definições de conceito, é apropriada a distinção formulada por West (apud Nunes, 2011) ao diferenciar o princípio de equidade horizontal, que preconiza o tratamento igual para os iguais, da equidade vertical, que pressupõe o tratamento desigual para os desiguais. É interessante reforçar que por trás do primeiro conceito está o princípio da igualdade, enquanto o segundo pressupõe uma discriminação positiva e com a máxima de que é possível ter tratamento iguais, porém não equitativos.

Neste sentido, a noção de equidade vertical geralmente é empregada em relação ao financiamento. Por exemplo, a progressividade no financiamento, isto é, a contribuição

inversamente proporcional ao rendimento das pessoas representa uma situação de equidade vertical (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Já a equidade horizontal, como definida por West (1979), pressupõe uma regra de distribuição entre pessoas que estão em igualdade de condições. A equidade no acesso e utilização de serviços de saúde é abordada em relação à equidade horizontal e tem sido operacionalizada como “igualdade de utilização de serviços de saúde entre os grupos sociais para necessidades de saúde iguais”. Pode-se dizer que as normas que regem o SUS incorporam a definição de equidade horizontal, ou seja, acesso, utilização e tratamento igual para necessidades iguais (TRAVASSOS;CASTRO, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) descreve a equidade em saúde através da lente que idealmente, todos devem ter uma oportunidade justa para alcançar seu potencial em saúde, isso pressupõe que nenhum cidadão deve estar impossibilitado de alcançar este potencial. Sendo assim, as iniquidades são decorrentes das más condições socioeconômicas e que representam diferenças em saúde (OMS, 1991).

O princípio da equidade é operacionalizado segundo duas perspectivas: a primeira, condições de saúde, diz respeito às chances de ocorrência de agravos de saúde; enquanto a segunda, acesso e utilização dos serviços de saúde, trata da disponibilidade de ações de saúde. Ambas buscam compensar as variações biológicas e sociais, equiparando a distribuição dos riscos de adoecer e morrer em grupos populacionais (BARROS; MENDONÇA; SOUZA, 2016).

Para Porto (2002), a equidade está entre um dos princípios norteadores do sistema de saúde que tem alcançado maior nível de consenso. Afirma que seu alcance está determinado pelos conceitos de justiça social adotados pelas sociedades e que sua implementação depende, como condição necessária ainda que não suficiente, da distribuição de recursos financeiros.

No âmbito das condições de saúde, a distribuição dos riscos de adoecer e morrer dentro de grupos populacionais são analisadas. A condição de vulnerabilidade é destacada visto que o grupo social economicamente mais vulnerável é diretamente mais afetado à medida que pagam o maior tributo em termo de saúde acumulando a carga de maior frequência de distribuição de doenças (ESCOREL, 2009).

O acesso e utilização dos serviços de saúde apresentam diversas possibilidades de consumo em diferentes graus de complexidade por indivíduos com iguais necessidades de saúde. Travassos e Castro corroboram essa afirmativa:

As condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes na sociedade. Já as desigualdades sociais no acesso

e utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde. A disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização representam características do sistema que podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. Modificações nas características do sistema de saúde alteram diretamente as desigualdades sociais no acesso e no uso, mas não são capazes de mudar por si só as desigualdades sociais nas condições de saúde entre os grupos sociais (TRAVASSOS; CASTRO, 2012, p. 184).

Os serviços de saúde devem ficar atentos e monitorar aquilo que tem sido chamado de “lei dos cuidados inversos”. O médico inglês Julian Hart, responsável por essa teoria, afirma que a disponibilidade de bons cuidados médicos tende a variar inversamente com a necessidade da população atendida. Esta lei opera mais completamente onde os cuidados médicos são mais expostos a forças de mercado e menos ainda quando tais a exposição é reduzida. A distribuição no mercado de assistência médica é primitiva e historicamente desatualizada em sua forma social, e qualquer retorno a ela exageraria ainda mais a má distribuição de recursos médicos (HART, 1971).

Ainda nesse âmbito, a presença de políticas que trabalhem para uma melhor distribuição de recursos no campo da saúde ganha papel fundamental na busca pela promoção da equidade entre grupos sociais e regiões geográficas.

Em relação a institucionalidade do sistema de saúde, outros dois tópicos de grande impacto na implementação das políticas de saúde podem ser analisados no que se refere a um padrão mais ou menos equitativo: o processo de descentralização real de poder e autonomia para o nível local de regulação do sistema de saúde e sua consequente responsabilização pelas condições de saúde e assistência aos municípios (SCOREL, 2009).

Estudos publicados entre 2000 e 2019, indicaram que poucos trabalhos buscaram identificar em que medida o princípio da equidade estava sendo efetivado a partir da regulação, suas possíveis dificuldades ou estratégias neste sentido. Dentre os estudos que buscaram a interlocução entre regulação e equidade, a revisão integrativa da literatura realizada no ano de 2017, teve como enfoque a interface entre regulação em saúde e equidade, enfatizando a APS como instrumento fundamental para a regulação local além de fator facilitador de acesso aos serviços de saúde e para a promoção da equidade. O mesmo estudo aponta a deficiência de artigos que abordem a regulação em saúde como princípio da equidade (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA; 2017).

A utilização do processo regulatório como instrumento de gestão pode se tornar um potente equalizador social do sistema de saúde para amortizar a desigualdade relacional entre os entes público e privado, além de atenuar a relação necessidade, demanda e oferta,

tornando-a coerente, compatível e sem grandes distorções (VILARINS et al, 2012). Sendo o tema da equidade um dos pilares da Regulação assistencial, a contextualização dos diversos autores e sua relação com um sistema que atenda às necessidades dos usuários nos ajuda a compreender as implicações da regulação assistencial descentralizada em termos de equidade no acesso.

3.4 REGULUÇÃO, REGULUÇÃO EM SAÚDE E REGULUÇÃO ASSISTENCIAL OU DO ACESSO

Sob a ótica da teoria econômica clássica, a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir ‘falhas de mercado’, utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle (SANTOS; MERHY, 2006). Tais falhas ocorrem quando as perfeitas condições de competição, voltadas para a ‘lei da oferta e da demanda’, não estão plenamente satisfeitas.

Nas ~~duas~~ últimas décadas, o termo "regulação" vem ocupando progressivamente a agenda nas discussões e na sua normalização legal e operativa. Vem envolvendo particularmente as relações entre os serviços públicos e privados, a contenção de custos, as fontes de financiamento e o controle dos mercados e dos prestadores profissionais, demandando-se do Estado a capacidade regulatória para proteger o interesse geral, sem menosprezar a participação dos atores coletivos na tomada de decisão (ALMEIDA, 2000).

O conceito de regulação vem, ao longo do tempo, sendo aprimorado e usado conforme as mudanças políticas, sociais e econômicas. É possível observar um crescente interesse nos processos de controles internos e externos das instituições. À medida que esses processos podem de alguma forma favorecer o cumprimento da Política Nacional de Saúde, também podem limitar o planejamento, avaliação e acompanhamento dos próprios resultados (BARBIERI; HORTALE, 2002).

Considerando-se as barreiras mais comuns à implantação das redes de atenção à saúde, a Regulação assistencial ou do acesso é um importante instrumento para o alcance dos princípios do SUS e para consolidação da RAS. A regulação assistencial tem como uma de suas premissas, a garantia do direito à saúde através do acesso aos serviços de forma eficiente e eficaz de maneira que o seu funcionamento corresponda as necessidades da população tendo como base os recursos disponíveis (LIMA et al., 2013).

Há alguns exemplos de como a regulação é trabalhada e entendida no âmbito internacional. Na Inglaterra, por exemplo, a regulação além de fornecer acesso aos serviços de

saúde, é considerada também um instrumento na gestão de reclamações sobre a saúde pública, disponibilizando dados para os serviços de ouvidoria e de assistência social (HOLMES-BONNEY, 2010). Outro ponto considerado no Serviço Nacional Britânico de Saúde (NHS) é que a regulação traz consigo o ônus de prestar as informações para auditoria e fiscalização, além de respaldar a prestação de contas dos serviços de saúde.

Apesar de existirem alguns exemplos como os da Inglaterra, o termo “regulação” não é comumente encontrado em estudos fora do Brasil. De maneira geral, a regulação tem como sinônimo a lista de espera. No Canadá, por exemplo, o termo pressupõe uma forma diferente de organização atrelada ao monitoramento de uma fila de espera.

No Brasil, o debate mais aprofundado com relação ao conceito, às práticas e às finalidades da regulação, do controle, da avaliação e da auditoria em saúde, iniciou-se a partir de 2001 com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). A NOAS SUS 01/2001 ampliaram a responsabilidade dos municípios sobre a atenção básica e reservaram à União e aos Estados a gestão da média e da alta complexidade dos serviços públicos de saúde. (NOAS, 2001)

A portaria nº95, de 26 de janeiro de 2001 que institui a NOAS traz a seguinte definição do conceito de regulação assistencial:

A regulação da assistência deve estar voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada (BRASIL, 2001).

O documento Pacto pela saúde, de 2006, descreve a regulação como uma das diretrizes para a gestão do SUS e define a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial como: “conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes (BRASIL, 2006).

Esta definição está ligada a organização e pactuação do acesso à serviços especializados que, assim como a NOAS, estabelece que esta configuração seja baseada nas necessidades apresentadas pela Atenção Básica, reafirmando os conceitos de redes de assistência à saúde nos processos de integração deste ponto de atenção com os demais níveis do sistema.

Em 2008, é publicada a Política Nacional de Regulação, em resposta a necessidade de estruturação das ações de regulação, fortalecimento dos instrumentos de gestão do SUS e processo de regionalização, hierarquização e sobretudo de integração de ações e serviços de saúde com objetivo de garantir a organização das redes e fluxos assistenciais (BRASIL, 2008).

Neste sentido, a Política Nacional de Regulação do SUS é organizada em três dimensões de atuação, sendo elas: Regulação de Sistemas de Saúde, que define as macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde. A segunda, denominada como Regulação da Atenção à Saúde, tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população. Por último, a Regulação do acesso à assistência, que tem como cerne a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS.

A regulação do acesso à assistência é definida da seguinte forma:

(...) tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do processo e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008, Art. 2º).

No Manual Diretrizes para implantação de complexos reguladores, de 2010, a importância da regulação é descrita pela necessidade de qualificação do acesso, otimização dos recursos, reforço das funções de gestão e, para que suas ações sejam efetivadas, seria necessário um posicionamento político que passe pela conscientização desses ganhos expressivos para o SUS. Segundo este documento, “Na prática, a ação regulatória é definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, levando em conta a classificação de risco, o cumprimento de protocolos de regulação estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada” (BRASIL, 2010, p. 21).

Na PNAB 2011 aparece pela primeira vez o termo “microrregulação”, trazendo a novidade de uma regulação a ser realizada pelos profissionais da atenção básica, que deve ocorrer de maneira articulada aos processos regulatórios em outros espaços da rede. Aponta-se que, dessa forma, permite-se o aumento da qualidade da regulação e o acesso a outros pontos da atenção, nas condições e no tempo adequado, com equidade (BRASIL, 2011).

A PNAB 2017, por sua vez, valoriza a regulação para defender o uso racional dos recursos em saúde, de maneira a impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera. Apresenta a valorização de práticas e instrumentos que potencializam a regulação do acesso sobretudo no que se refere como processos microrregulatórios internos, o matriciamento aparece como ferramenta para potencializar a resolução de casos no âmbito da APS e o Telessaúde compõe um articulado conjunto de suporte às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso assim como a

gestão de listas e apoio matricial.

A microrregulação, para alguns autores, é a tradução da macrorregulação para a operação cotidiana do sistema, com estabelecimento de regras, dispositivos e ferramentas para operar a assistência. Daí, a sua outra nomenclatura, "regulação assistencial". Trata-se, portanto, dos elementos de funcionamento que permeiam a relação das demandas com as ofertas do sistema de saúde. Pode ser afirmado que os mecanismos da regulação operam cotidianamente em todos os espaços assistenciais, mesmo quando esta nomenclatura não é usada. Ademais, todos os trabalhadores de saúde participam e operam a regulação de alguma forma (MAGALHÃES, 2006).

Segundo Cecílio (2014), existem 4 tipos de regulação descritos por ele como: o regime de regulação governamental (disponibilização do acesso a outros níveis de atenção através de meios formais de regulação), o regime de regulação profissional (atuação direta do profissional na tentativa de agilizar, assegurar ou direcionar o acesso do usuário a outros níveis de atenção a partir de sua experiência e saber técnico), o regime de regulação clientelístico (associada a favores concedidos a vereadores ou outros atores políticos para garantia de acesso à rede de regulação, praticada em sua maioria nos gabinetes dos gestores municipais) e o regime de regulação leiga (protagonismo dos usuários no seu próprio processo de regulação, através de vários mecanismos como "tentativa-erro"). Vale destacar que a regulação leiga não deve ser considerada como algo negativo em relação ao usuário, mas uma tentativa de superação frente as dificuldades de acesso e seu protagonismo frente ao seu conhecimento tácito, desenvolvido ao longo de várias tentativas, para superá-las.

A existência de outras lógicas regulatórias evidencia a complexidade do tema e suas interações, complementaridades e outros sentidos de fazer regulação. O aprofundamento do tema da regulação nos permite não só a contextualizar um modelo descentralizado de regulação, como é caso do Rio de Janeiro, como identificar elementos no processo regulatório que condicionam o acesso de forma equânime.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente projeto integra o projeto maior da Pesquisa “REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”, coordenada pelo Prof. Dr. Eduardo Alves Melo, que tem como objetivo geral analisar a experiência de regulação ambulatorial na atenção básica do município do Rio de Janeiro, considerando o período de 2013 a 2019.

4.1 NATUREZA E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que segundo Yin (2016), envolve prioritariamente o estudo do significado das condições e modos de vida das pessoas e para isso, o autor define cinco características desse tipo de estudo a fim de demonstrar seu alcance e potencialidades, descritas a seguir:

1. Estudar o significado da vida das pessoas, nas condições de vida real;
2. Representar as opiniões e perspectivas das pessoas de um estudo;
3. Abranger as condições contextuais em que as pessoas vivem;
4. Contribuir com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que podem ajudar a explicar o comportamento social humano; e
5. Esforçar-se por usar *múltiplas fontes de evidências* em vez de se basear em uma única fonte (YIN, 2016 p. 10).

Devido à singularidade do objeto a ser estudado, a modalidade estudo de caso foi escolhida. Sendo assim, realizado em dois níveis: 1 – Caso da regulação ambulatorial descentralizada no município do Rio de Janeiro. 2 – Recorte sobre a área da cidade do Rio de Janeiro (AP 3.1). Segundo Yin, a escolha por essa modalidade justifica-se devido à intencionalidade de expressar e representar um caso único, que merece ser estudado por seu próprio mérito (YIN, 2016).

4.2 CENÁRIO E SUJEITOS DA PESQUISA

O Rio de Janeiro possui uma população de 6.320.446 pessoas e uma densidade demográfica, segundo o mesmo censo, de 5.265,81 hab/km² (IBGE, 2010).

Em 2017, o salário médio mensal era de 4.1 salários-mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 39.4%. O Índice de Desenvolvimento Humano no Rio de Janeiro segundo Censo 2010 é de 0,799, considerado como médio,

estando limítrofe aos padrões estabelecidos como alto desenvolvimento humano (índice a partir de 0,800). Vale ressaltar que foi verificado que 94,4% dos domicílios apresentam adequado esgotamento sanitário (IBGE, 2010).

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de março de 2020, apontam que 3.035.402 habitantes são beneficiários de assistência médica (planos privados de saúde) e 2.079.422 são beneficiários exclusivamente odontológicos, conforme Tabela 1 a seguir:

Tabela 1- Beneficiários por Município

Beneficiários por Município		
Assistência Médica, Excl. Odontológico segundo Município		
Capital: Rio de Janeiro		
Reg. Metropolitana: 3301 Rio de Janeiro - RJ		
Período: Mar/2020		
Município	Assistência Médica	Excl. Odontológico
TOTAL	3.035.402	2.079.422
330455 Rio de Janeiro	3.035.402	2.079.422

Fonte: SIB/ANS/MS – 03/2020.

Na rede pública de saúde instalada na cidade do Rio de Janeiro há 6 unidades Hospitalares Federais, sendo elas: Hospital Federal do Andaraí (HFA), Hospital Federal de Bonsucesso (HFB), Hospital Federal Cardoso Fontes (HFCF), Hospital Federal de Ipanema (HFI), Hospital Federal da Lagoa (HFL) e Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE). (BRASIL, 2014). Existem ainda 4 institutos nacionais, sendo eles: Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), Instituto Nacional de Cardiologia (INC), Instituto Nacional de Câncer (INCA) e Instituto Fernandes Figueira (IFF) além de 3 Hospitais Universitários: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ), Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG/UNIRIO); Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ) (CNES, 2020).

Na rede estadual, o Rio de Janeiro possui 41 unidades vinculadas diretamente à Secretaria Estadual de Saúde (Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais Gerais, Centros de Diagnóstico, Centro Psiquiátrico, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Institutos Estaduais, Ambulatório, Policlínicas e Centrais de Regulação) (CNES, 2020).

Já a rede municipal, conta com 372 unidades diretamente vinculadas à Secretaria

Municipal de Saúde (CNES, 2020). O município é composto por 160 bairros, organizados por 33 regiões administrativas, que foram divididas em 1993, pela Secretaria Municipal de Saúde, em 10 áreas programáticas (APS) que possuem como objetivo maior, fazer o gerenciamento dos serviços de saúde de maneira mais eficaz. Cabe ressaltar que cada área programática possui singularidades no que tange aos determinantes sociais, mobilidade urbana, serviços de saúde e educação, entre outros (PMS-RJ, 2013).

A Atenção Primária à Saúde é considerada a principal porta de entrada da rede de saúde, tendo como atividades um conjunto de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, estando no escopo das unidades básicas de saúde, dos centros municipais de saúde e das Clínicas da Família (Unidades de Saúde da Família). Há, no município do Rio de Janeiro, 232 unidades de atenção primária, sendo 124 Clínicas da Família e 106 CMS, além de 194 unidades de saúde da família, 72 unidades de atenção secundária (6 CAPSad, 19 CAPS, 7 CAPSi, 1 casa de parto, 1 centro de referência de saúde do trabalhador, 2 centros de reabilitação, 6 Centros de Emergência Regional, 10 Policlínicas, 14 Unidades de Pronto Atendimento, entre outros) e 29 unidades de atenção terciária municipais. (S/SUBPAV, 2020)

As unidades de atenção ambulatorial especializada no município do Rio de Janeiro, que fazem o uso de equipamentos médico-hospitalares e de profissionais especializados para a produção do cuidado de média e de alta complexidade, representam um quantitativo de 72 serviços de saúde.

O local da pesquisa é o município do Rio de Janeiro, com ênfase na Área Programática (AP) 3.1, que possui aproximadamente 886.551 habitantes, 196 equipes de saúde da família e 65,77% de cobertura de APS e compreende 27 bairros da zona norte do Rio de Janeiro (Bancários, Bonsucesso, Brás de Pina, Cacua, Cidade Universitária, Cocotá, Complexo do Alemão, Cordovil, Freguesia da Ilha, Galeão, Jardim América, Jardim Guanabara, Manguinhos, Moneró, Olaria, Parada de Lucas, Penha, Penha Circular, Pitangueiras, Portuguesa, Praia da Bandeira, Ramos, Ribeira, Taúá, Vigário Geral, Vila da Penha e Zumbi). Além das entrevistas com os gestores, as entrevistas com os profissionais foram realizadas em duas unidades de atenção primária localizadas na AP 3.1.

4.2.1 Caracterização da unidade: Unidade A

Classificada como Clínica da Família, a unidade de saúde possui 14 equipes de saúde da família e está localizada em território de alta vulnerabilidade. A unidade dispõe da

presença de dois programas de residência, o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e o Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade (PREFC) ambos da Secretaria Municipal de Saúde. Essa característica garante a presença de vários profissionais médicos e preceptores pertencentes aos programas e é reconhecida pelos profissionais como um “clínica-escola” que valorizam esse status.

A unidade está inserida em um complexo que compõe: 1 Clínica da Família, 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPs) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) localizados no mesmo espaço físico.

4.2.2 Caracterização da unidade: Unidade B

Unidade também no modelo de Clínica da Família, está localizada em área com pontos de vulnerabilidade social. Formada por 6 equipes de saúde da família com vacância médica em 3 delas. Não possui residência médica ou de outra categoria. Recebem graduandos de medicina do 10º período que fazem atendimentos supervisionados assim como acadêmicos de enfermagem provenientes de Instituições de Ensino Superior privadas.

Foram incluídos na pesquisa (como sujeitos) gestores (do nível locoregional) e central da SMS/RJ, bem como profissionais de saúde (notadamente médicos) de duas unidades de APS da AP 3.1 com perfis diferentes (ambas com estratégia de saúde da família, porém uma com e outra sem residência em medicina de família e comunidade).

4.3 MÉTODOS E TÉCNICAS

Foram utilizadas 2 técnicas para esta pesquisa: entrevistas (com profissionais e gestores) e análise documental (em caráter complementar). As entrevistas com gestores tiveram como objetivo a contextualização e compreensão da regulação descentralizada do acesso para a APS no município e nas unidades da AP 3.1 em particular. As entrevistas com os profissionais tiveram como objetivo compreender a dinâmica local e cotidiana de regulação assistencial. Para ambas foram utilizados roteiros específicos/distintos. Tais entrevistas, realizadas com o suporte de roteiros contendo diferentes aspectos e questões relacionadas ao objeto de estudo, tiveram duração média de 1 hora.

O trabalho de campo teve duração de 7 meses, com início em julho de 2019 e término em janeiro de 2020. Ao todo, foram realizadas entrevistas com 10 gestores, 9 profissionais de saúde e visitas a duas unidades básicas de saúde (UBS) (5 visitas em cada). Para o recorte de

estudo, foram priorizados os elementos das entrevistas relativos à organização e funcionamento local da regulação descentralizada, incluindo alguns dos seus efeitos sobre o acesso à atenção especializada. A autora participou de parte das entrevistas, utilizando também o material de entrevistas feitas por outros membros da equipe do projeto maior.

A análise documental utilizou fontes de domínio público (tais como plano municipal de saúde, relatório anual de gestão, guias e protocolos técnicos, por exemplo) bem como outras fontes eventualmente sugeridas e disponibilizadas pelos gestores, buscando identificar elementos relacionados à organização e funcionamento da regulação do acesso à atenção ambulatorial especializada a partir da APS.

4.3.1 Metodologia de análise

As informações obtidas nos documentos analisados (planos municipais de saúde, relatórios de gestão etc.) foram utilizadas na contextualização do estudo, na caracterização do desenho da regulação ambulatorial descentralizada e complementaram as análises realizadas a partir das outras fontes utilizadas na pesquisa.

As entrevistas foram transcritas e seus dados submetidos a procedimentos de análise de conteúdo na sua modalidade temática. Os resultados foram organizados em torno das dimensões: (1) - Trajetórias e nuances do processo organizativo da regulação assistencial ambulatorial descentralizada no município do Rio de Janeiro, (2) - o funcionamento local da regulação ambulatorial descentralizada nas unidades de APS: matizes entre a normativa e a prática e (3) - modelo descentralizado de regulação: efeitos para o acesso à atenção especializada

4.3.2 Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu as recomendações éticas da CONEP, tendo sido aprovada por Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz e da SMS-RJ, sob os pareceres de número 3.263.136 e 3.358.407, respectivamente. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e consentiram em dela participar.”

5 RESULTADOS

5.1 TRAJETÓRIAS E NUANCES DO PROCESSO ORGANIZATIVO DA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL DESCENTRALIZADA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O Rio de Janeiro é conhecido e reconhecido como uma cidade de grande densidade populacional e por comportar um agigantado corpo de unidades de saúde sob administração tríade (e frequentemente conflituosa) da federação (serviços e gestão municipais, estaduais e federais). Desta forma, a organização da disponibilidade de serviços presentes na cidade é resultante da multiplicidade de acontecimentos ali ocorridos, advindos sobretudo da historicidade como capital da república. Tal característica, além dos investimentos expressivos na APS que se fizeram a partir de 2009, fazem parte da moldura e mesmo dos condicionantes da regulação ambulatorial descentralizada.

Os planos municipais de saúde de 2009 e 2013 descrevem os primeiros passos da descentralização da regulação. No PMS de 2009, a idéia da criação de polos reguladores da atenção ambulatorial especializada e o objetivo de regular todos os procedimentos e consultas médicas especializadas, direcionam a intencionalidade para a descentralização da regulação.

A despeito de esforços anteriores em termos da implementação das ações regulatórias, até 2009, tal processo era apenas parcial, com parte importante das consultas e exames especializados ofertados na cidade não sendo gerenciados por uma central, mas por cada serviço.

Entre 2009 e 2011, a Secretaria municipal de saúde passou por reformulações na estrutura organizacional, com a criação da Coordenação de policlínicas e utilização do SISREG para algumas unidades. A regulação ocorria de forma centralizada, com forte influência e comando da Subsecretaria Geral da SMS. Um dos problemas enfrentados por essa organização perpassava, entre outros fatores, pelo alto tempo de espera (inclusive para a própria análise de solicitações, devido ao pequeno número de profissionais reguladores da Central) e por estar sob o funcionamento de uma regulação automatizada (com análise apenas parcial do conteúdo das solicitações, em parte gerada pelo problema anterior, repercutindo sobre a qualidade das avaliações de solicitações e mesmo sobre a viabilidade de sua realização).

[...] [em 2011] o SISREG já era operado, mas a gente não tinha poder de autorizar consultas. [...] via de regra a gente fazia o pedido de encaminhamento pro ambulatório ou exame, e esse encaminhamento ia pro administrativo da clínica. O

administrativo da clínica inseria a solicitação no SISREG. Existiam duas filas. Uma fila que era regulada e que, portanto, necessitava da autorização da central de regulação, que era aqui, e que, pelo que me falavam, tinha 5 ou 6 médicos para a cidade inteira, para fazer essas autorizações. Mas não eram todas as vagas que eram reguladas. Boa parte das vagas, a maioria que eu me lembro, acho que 60% a 70% das vagas eram num modelo chamado fila de espera. Esse modelo da fila de espera tinha um agendamento automático. Então a medida que o serviço executante, que oferta, colocasse as vagas nesse modelo, automaticamente as solicitações que estavam em fila de espera eram autorizadas [...] (Gestor 1).

A regulação do acesso aos procedimentos ambulatoriais e internações transcorreu de forma centralizada até o segundo semestre de 2012. Houve uma forte alteração no modelo de regulação ambulatorial, passando a ser conduzida também com a participação da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) e “descentralizada” para as unidades de saúde presentes no município do Rio de Janeiro. Neste cenário, os médicos da atenção primária passaram a agendar diretamente no Sistema de Regulação ministerial segundo critérios de prioridade clínica e com o objetivo de fortalecimento dos atributos da Atenção Primária à Saúde (PMS, 2013).

No que tange ao desenho e organização da regulação ambulatorial descentralizada, destaca-se que é influenciado pela organização da rede e da gestão, incluindo vagas ofertadas pelos diferentes serviços para gestão pela Central de Regulação, papel dos atores e instituições participantes do processo, mas também é moldado pelas ferramentas utilizadas, mecanismos de gerenciamento e disponibilização de vagas para as unidades de saúde, além, evidentemente, da análise e agendamento de consultas e exames especializados.

O Relatório Anual de Gestão (RAG) do ano de 2010, elaborado pela prefeitura do Rio de Janeiro, destaca que, por mês, 120.000 consultas e procedimentos estavam disponibilizados para toda a rede de assistência do SUS no município do Rio de Janeiro. Em 2011, houve a expansão da atuação da atividade ambulatorial da Central de Regulação, alcançando cerca de 80% das consultas especializadas oferecidas pelas unidades municipais. O relatório descreve que houve também um aumento da captação da oferta de consultas e procedimentos realizados junto as unidades federais de saúde (RAG, 2011).

Um dos gestores entrevistados descreve o processo de negociação realizado pela secretaria municipal de saúde do Rio de Janeiro frente a disponibilização de vagas dos hospitais dos diferentes entes da federação.

[...] quando começou o SISREG algumas coisas começaram a se encaixar, em 2011 teve uma grande reunião com todos os hospitais federais universitários capitaneada por mim, com o apoio do ministro da saúde na época que era o Temporão, para que a gente encerrasse, zerasse qualquer tipo de marcação nas especialidades médicas que não fossem pelo sistema de regulação. É quando a gente começa a fazer os

primeiros ofícios para todas as unidades especializadas sejam elas federais, estaduais, municipais ou contratualizadas com o SUS, que elas não receberiam mais nenhum recurso da secretaria se tivessem executando essas consultas sem o encaminhamento de alguma unidade de atenção primária [...] (Gestor 7).

[...] Aí a gente começou uma cruzada em todos os hospitais federais, estaduais, municipais, com reuniões comigo e com o corpo clínico e com a subsecretaria de atenção primária e todo o corpo clínico daquelas unidades explicando a importância de se colocar as vagas no sistema de regulação, no SISREG. E a gente fez uma tabela e um gráfico demonstrando que cada hora contratada ambulatorial no CNES de cada unidade, se fosse oferecida uma consulta por hora, as unidades deveriam oferecer pelo menos uma consulta por hora no CNES, para aquela especialidade, para aquele profissional. E a gente criou um sistema, o TABNET, mostrando quanto cada profissional colocava de vagas no sistema de regulação. Então, por exemplo, o hospital do Fundão tinha, vamos supor, 3000 horas médicas contratadas para ambulatório, ele deveria fornecer 3000 consultas de ambulatório e ele oferecia 30, 10% [...] (Gestor 7).

Os trechos descrevem uma alegada dificuldade da Gestão Municipal no que tange as vagas ofertadas por outros entes da federação, além de estratégias (inclusive argumentativas) que coexistem com tensões e conflitualidade em torno da gestão de recursos assistenciais.

Além das intervenções e negociações junto aos serviços e gestores públicos (municipais, estaduais e federais) para disponibilização de sua oferta de exames e consultas especializadas (na forma de vagas) no Sistema de Regulação, outras estratégias foram adotadas com o objetivo de garantir a disponibilização de vagas para as especialidades com alta demanda e/ou baixa oferta pelo município, dentre essas, a contratualização de vagas com serviços privados, tendo a oftalmologia como um importante exemplo.

Embora a maior parte das ofertas ambulatoriais seja gerida pela Central de Regulação Municipal, cabe lembrar que existe também uma central de regulação sob gestão estadual, o Sistema Estadual de Regulação (SER), que controla parte da oferta ambulatorial de alta complexidade, como por exemplo: cirurgia cardíaca, neurocirurgia e câncer. Além disso, parte da oferta gerida pela Central Municipal de Regulação é dirigida para outros municípios. Tal divisão de vagas e de atribuições pela regulação é fruto de discussões, negociações e pactuados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado do RJ, tendo a Programação Pactuada Integrada (PPI) como instrumento central por meio do qual se definem cotas de exames e consultas para os municípios.

Neste estudo focamos na regulação realizada a partir da Central Municipal e considerando apenas o município do Rio, e não no SER nem os demais municípios, pois é na primeira que se dá de fato o que chamamos de regulação ambulatorial descentralizada. Continuando então a descrição do seu desenho regulatório (após termos falado da negociação e contratualização de vagas com prestadores públicos e privados e da sua gestão pela Central),

o ponto central é que, ao invés de as unidades de APS se limitarem a ser solicitantes, elas passam também a ter atribuição formal de regular. Para isso, além dos reguladores que continuam existindo na Central, médicos de cada unidade de APS também atuam como reguladores das solicitações realizadas nas suas unidades (chamados de médicos reguladores locais, em sua maioria com função também de responsáveis técnicos – RT – das suas unidades). O software de regulação utilizado, o SISREG, é programado, desde a central, para permitir que as unidades de APS também sejam reguladoras das vagas disponibilizadas pela Central.

Cabe aqui indicar que a Central mantém a reserva de alguns procedimentos para sua regulação exclusiva. No entanto, a maior parte passa a ser disponibilizado no sistema para o conjunto das unidades, com os médicos reguladores locais podendo agendar exames e consultas previamente avaliadas e aprovadas (partindo das solicitações feitas pelos médicos das unidades, seus colegas de trabalho). Os reguladores locais das várias unidades têm acesso ao mesmo conjunto de vagas disponíveis (por exame ou consulta) no sistema para todo o município, não havendo uma reserva de vagas, na forma de cotas, por unidade ou por região da cidade.

Outros espaços de tomada de decisão foram criados a partir da descentralização da regulação ambulatorial. Os Núcleos Internos de Regulação presentes nas CAP destacam-se nesse sentido conforme trechos a seguir:

[...] A CAP visualiza todas as unidades da rede, ela acaba dando apoio e suporte à todas as unidades, ela qualifica [...]. Então o regulador da CAP ele qualifica, ele pede a qualificação dessa informação, devolve para a unidade para a unidade colocar dados, complementar os dados do usuário, para que ela seja encaminhada de forma adequada. [...] as unidades entram em contato com o NIR local, o NIR local entra em contato com a central de localização e pede a interferência nesses casos. Então as unidades não entram em contato direto com a central de regulação da secretaria municipal, elas entram em contato com o NIR local, e o NIR local é que avalia se a situação [...] (Gestor 5).

[...] Aqui na SAP (Superintendência de Atenção Primária), a gente toca uma reunião mensal com todos os NIR e a central de regulação [...]. Então esse grupo é um grupo bem operativo assim, porque entra muita dúvida, por exemplo, um RT pergunta uma coisa para o NIR e o NIR não sabe, ele coloca nesse grupo (Gestor1).

[...] Geralmente dentro da lógica que a gente sempre funcionou no município, o RT procura o NIR e o NIR.... Porque é muita coisa que se resolve no NIR. [...] Acho que a maioria das CAPs têm um médico de referência do NIR, isso fez com que o NIR ficasse mais resolutivo. Indo cada vez menos para a central. Só vai para a central quem não tem muito jeito [...] (Gestor2).

[...] O NIR local avalia a necessidade de interferência ou não, de adiantar um procedimento ou não dependendo da gravidade do caso, e aí ele repassa isso em contato com o nível central [...] (Gestor 5).

As falas dos gestores se complementam à medida que descrevem os Núcleos Internos de Regulação como locais de mediação entre as unidades de saúde e o nível central. A central de regulação é descrita como instância máxima para a resolução de casos, cabendo ao NIR avaliar a pertinência das solicitações e qualificar junto aos Responsáveis Técnicos, o escopo de profissionais das unidades de saúde presentes no território das CAP.

Ao indagar sobre o funcionamento da regulação assistencial na AP 3.1, um dos gestores descreve um processo semelhante ao desenho geral de regulação do município do Rio de Janeiro:

[...] O paciente vai à clínica da família mais próxima, às vezes nem é a mais próxima, mas ele é orientado. Se ele vai até aquela clínica ele é absorvido, faz o cadastro e passa a ser atendido ali. Os exames laboratoriais ele faz na própria clínica, se for necessário, as consultas é normal, ele vai fazer na clínica. Vai ter um médico generalista, ele vai ter um atendimento de puericultura, de pré-natal, de tuberculose, diabetes, hipertensão, hanseníase. Tudo isso para ser acompanhado na atenção primária. Caso ele necessite de algum especialista, o próprio médico que o acompanha vai inserir ele no SISREG na própria clínica, aí vão lá avisar o usuário que ele foi regulado para uma unidade onde ele pode passar por um especialista [...] (Gestor 5).

Quanto ao modo de registro das solicitações e agendamento, estes se dão considerando as funcionalidades existentes no SISREG e orientações municipais de teor técnico e procedimental, com destaque para o conteúdo dos registros e mecanismos de classificação de risco das solicitações (segundo a gravidade do caso). Neste sentido, critérios para agendamento presentes no protocolo do regulador lançado no ano de 2015 trazem, entre outros pontos, a necessidade de inserção da solicitação da consulta ou procedimento no Sistema de Regulação pela UAP de referência do usuário. Orienta-se que os agendamentos sejam realizados respeitando critérios de prioridade por cores na seguinte ordem: vermelho, amarelo, verde e azul a saber:

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

Após essa avaliação, a senha de regulador permite então o cancelamento da solicitação caso julgue que esta não é pertinente ao quadro clínico do usuário, a devolução da solicitação para que sejam incluídos mais dados que justifiquem a solicitação ou a autorização do

procedimento caso todos esses critérios tenham sido obedecidos e haja vaga disponível no sistema de regulação.

Vale dizer que, em tese, apenas as unidades de APS podem solicitar o acesso aos serviços especializados (exames e consultas), encaminhar pacientes, a partir do sistema de regulação. Por sua vez, os serviços especializados podem realizar agendamentos de retorno, dentro de determinadas regras, mas não novas solicitações de encaminhamentos e exames, com o usuário tendo que voltar à APS para que isto aconteça.

5.2 O FUNCIONAMENTO LOCAL DA REGULAÇÃO AMBULATORIAL DESCENTRALIZADA NAS UNIDADES DE APS: MATIZES ENTRE A NORMATIVA E A PRÁTICA

Em uma das entrevistas, quando perguntado sobre como descreveria a regulação descentralizada no município, em linhas gerais, um dos entrevistados, tendo como referência não o ato regulatório em si apenas, mas principalmente o caminho do usuário, responde:

[...] O paciente procura uma unidade de atenção primária, ela realiza consulta, decide se ele precisa realizar alguns exames ou procedimento fora daquela unidade. Por que eu estou dizendo fora daquela unidade? Porque se for uma ultrassonografia ou raio X a atenção primária, hoje, já tem. Algumas têm e já agendam ali mesmo. Na época as filas eram geradas na própria unidade para esses procedimentos. Mas sempre que ele precisar fazer alguma coisa fora ele é marcado no sistema de regulação, o RT realiza o agendamento e a unidade de atenção primária avisa ele quando será aquela determinada consulta. Ele vai a unidade de atenção especializada com o formulário da regulação, a unidade de atenção secundária, hospitalar registra se ele fez aquela consulta ou aquele procedimento e a unidade de atenção secundária ou terciária devolve esse paciente para a primária. Caso ele precise fazer outro atendimento, que outro nível de atenção solicite, ele vai marcar na unidade de atenção primária que é responsável pelo cuidado dele [...] (Gestor 7).

No trecho destacado, o gestor descreve o caminho percorrido desde a chegada do usuário à Unidade de Atenção Primária até a possível necessidade de encaminhamento a outro nível de atenção. Nota-se que nem todos os procedimentos encontram-se apenas no Sistema de Regulação. Alguns podem ser realizados na unidade, como é o caso da radiografia, laboratório para pedidos simples ou a ultrassonografia citada como exemplo.

[...] laboratório básico é na própria unidade [...] Ultrassom a nossa rede de atenção primária tem serviços de ultrassom, mas eles não são suficientes. Então, por exemplo, ultrassom é um exame que sai pelos dois. Se eu tenho ultrassom na minha clínica ou se eu tenho alguma referência local eu faço ultrassom na clínica, mas eventualmente existem até por problemas de contrato, essas coisas, já teve caso, por exemplo, de clínica da família ter que usar o SISREG para fazer ultrassonografia abdominal [...] então tem alguns serviços que estão tanto na atenção primária quanto regulado, na regulação [...] (Gestor1).

Saindo agora do funcionamento local segundo os gestores, passamos ao funcionamento local considerando “a fala” das unidades de APS estudadas.

Neste sentido, o fluxo local da regulação foi descrito a partir dos marcos do processo regulatório presentes nas duas unidades do estudo, passando pelo acesso do usuário aos serviços prestados pelas unidades, disponibilização de vagas no sistema, o momento da solicitação da consulta ou procedimento no SISREG, o processo de análise das solicitações (e os atores envolvidos neste processo), assim como, o agendamento dessas solicitações no Sistema de Regulação dentro das Unidades Básicas de Saúde.

As duas unidades apresentam diferenças importantes quanto a organização e acesso a serviços disponibilizados. Conforme descrito anteriormente, a unidade (A) está inserida em um complexo com outros dispositivos de saúde. Isso garante que alguns serviços sejam acessados de maneira mais rápida em comparação com outras unidades presentes no território conforme relato de um dos profissionais entrevistados:

[...] Aqui é uma clínica grande [...] é uma unidade diferenciada porque aqui no mesmo complexo, a gente tem o CAPS lá em cima, e tem a UPA aqui do lado. Então algumas coisas a gente tem um suporte mais rápido que a gente consegue por aqui. Por exemplo, a gente consegue hemogramas, exames laboratoriais, exames de raio X. Tudo a gente consegue bem rápido, e o CAPS a gente consegue um auxílio principalmente se o paciente tiver alguma psicose seja esquizofrenia, seja transtorno bipolar ou alguma outra psicose, e alguns transtornos de personalidade [...] (Profissional 1).

[...] Eu acredito que a gente é muito resolutivo aqui, acabamos fazendo coisas que muito médico da família não faz [...]. Fazer ultrassom aqui por exemplo resolve bastante, várias demandas no SISREG para isso. Muita coisa de Cardiologia a gente aqui que tem oficina de eletro, conseguimos fazer também. Então tem vários pacientes com insuficiência cardíaca que acompanham com a gente, então de exame complementar eu acho que depende da especialidade (Profissional 1).

A percepção sobre a resolutividade da unidade de saúde parece diferenciar-se entre as unidades entrevistadas. Um dos profissionais da unidade (B) descreve uma organização antagônica a primeira unidade, retratando um ambiente de sobrecarga de alguns devido a vacância de profissionais.

[...] na verdade as equipes que estão sem médico, os outros médicos que estão aqui acabam atendendo de forma aleatória. Elas vêm como demanda para a gente analisar exame, consultar. Todo tipo de procedimento que deveria ser feito pelo médico da equipe a gente acaba fazendo [...] (Profissional 6).

[...]Exemplo: terça-feira só tem eu e a Médica X, só 2 médicos para a clínica toda, então a gente tem que diminuir as nossas consultas marcadas para poder atender as demandas... [...] (Profissional 6).

[...] Na verdade, a clínica da família é dividida por região e cada região tem um médico, um

enfermeiro e ACS para dar conta desta população alvo. Só que o que eu posso perceber é que nesta clínica e nas outras clínicas são os profissionais da área de saúde que faltam. Por exemplo aqui nós temos duas equipes sem médico, falta enfermeiro. Então isso acaba prejudicando o serviço porque a demanda dessas equipes a gente tem que suprir ela [...] (Profissional 6)

[...] Somos seis equipes, no momento atual estamos com três equipes sem médicos e três equipes com médicos, sendo uma equipe que é minha com dois médicos de 20 horas [...]. (Profissional 9)

Diante das falas, é possível perceber que um dos pontos abordados é a quantidade de profissionais presentes nas duas unidades. Enquanto a unidade (A) possui quatorze equipes e com profissionais residentes em todas elas, a segunda unidade conta com 6 equipes e com a dificuldade de completude no seu RH (especialmente médicos, com alta rotatividade), faltando inclusive profissionais de outras categorias como o enfermeiro de acordo com o profissional entrevistado.

A presença de profissionais nas unidades é fator fundamental para o processo de regulação. As solicitações podem ser realizadas por diferentes profissionais que compõem as equipes de Estratégia de Saúde da Família. Fazem parte do escopo de solicitantes: enfermeiros, médicos e dentistas. Vale apontar que cada solicitante deve seguir os protocolos clínicos que regem a categoria profissional.

Neste sentido, é possível discernir a organização no processo de solicitação de consultas presente nas duas unidades entrevistadas.

[...] Temos uma semana onde é mostrado de uma forma um pouquinho mais por cima os fluxos, o processo aqui na unidade. E aí é apresentado para o residente o SISREG, as modalidades que a gente tem, como que solicita, essas questões. Isso no primeiro momento. Cada residente aqui roda em oficinas de dois em dois meses. Sendo que uma dessas oficinas é a oficina de regulação. Nem todas as clínicas da família com residência têm isso, tá? Então na oficina de regulação tem um médico preceptor, regulador geralmente é um médico que tem muita experiência na regulação e acaba mostrando para a gente os melhores fluxos, os melhores caminhos para a gente encaminhar o paciente para o cuidado. Então a gente tem esses dois momentos: o primeiro de botar no sistema; e depois uma qualificação na oficina [...] (Profissional 2).

A unidade (A) descreve a organização da preparação dos profissionais para o início das atividades como solicitante e posteriormente como regulador. Ressalto aqui a fala do entrevistado quando se refere as “oficinas de regulação” que segundo ele, são espaços construídos no sentido de qualificar e treinar os melhores fluxos com os profissionais recém-chegados à unidade. Outro fator importante é o destaque dado ao fato que nem todas as unidades com residência possuem essa organização e treinamento.

O treinamento para exercício das atividades como solicitante na unidade (B) aparece de maneira mais simplificada, descrita como um “treinozinho”, o profissional entrevistado

descreve como ocorre a solicitação na unidade:

[...] a gente recebeu um treinozinho. Até para solicitar a gente recebe recomendações [...] (Profissional 8).

[...] É, todo mundo aqui pode solicitar, todos os médicos têm a senha do SISREG porque é um encaminhamento. Sei lá, aquele paciente cardiopata que tem muita complicação, tem insuficiência cardíaca, precisa de um cuidado mais especializado, a gente vai e já encaminha para o especialista. É um encaminhamento, só que o que no particular a gente dá um papelzinho e o paciente vai por conta própria procurar o especialista, aqui a gente já insere no sistema e o próprio sistema manda ele para algum lugar [...] (Profissional 8)

[...] quem solicita não pode marcar a consulta. A gente só pede, só encaminha e o regulador que marca mesmo [...] (Profissional 8).

As relações de trabalho no contexto da regulação descentralizada é um dos pontos que merecem destaque. Os profissionais referem diversas interações (em maior ou menor grau) à medida que o processo de regulação ocorre dentro das unidades. A proximidade entre o profissional que regula/nega/cancela/pendência ou autoriza os pedidos do SISREG e o profissional que faz a solicitação traz consigo “efeitos” nas práticas profissionais. Em alguns casos, a presença de profissionais reguladores dentro da mesma unidade pode favorecer alguns desafios nas relações de trabalho uma vez que apenas um profissional recebe gratificação como Responsável técnico e isso pode acarretar a “menor” responsabilização do profissional que possui a senha, mas não necessariamente se vê responsável pelo ato regulatório de sua equipe ou das outras equipes da unidade

Outro fator apontado é o desconforto do profissional RT para negar solicitações feitas por colegas de trabalho. O fato de estarem na mesma unidade parece contribuir para tal situação. Quando o RT faz a negativa de uma solicitação realizada por seu colega de trabalho, o profissional em alguns casos se surpreende e indaga tal conduta. Em uma das falas é possível perceber essa colocação:

[...] É eu tive pouca conversa com os médicos que sabiam da regulação, mas geralmente os que tiveram coisa negada vinham conversar comigo não no intuito de “pô, você negou tinha indicação e tudo”, mas “por que você negou?” Aí eu tentava explicar a minha interpretação, interessante porque a gente tentar explicar que não tinha indicação porque não vale a pena fazer naquele contexto e o paciente, bom, depende muito da conversa do médico com paciente [...] aí o paciente fica irritado porque aí ele não entende o porquê de estarem negando alguns pacientes [...] (Profissional 1).

É possível identificar diferenças nos processos de trabalho entre as equipes das duas unidades do estudo. Dentre essas, a visão dos profissionais sobre a figura do regulador local é diferente: Na unidade 1, foi apontada a facilidade de diálogo entre os profissionais, o que

pode ser visto na seguinte fala:

[...] Eu, por exemplo, regulando aqui eu sei que eu posso conversar com a pessoa e agilizar tranquilamente... então essa comunicação interna na regulação é essencial e os residentes aprendem muito isso aqui com a gente mostrando as certas, mostrando os erros, mostrando como se escreve, veem o que você precisa escrever para realmente ter indicação [...] (Profissional 1).

Esse processo é relacionado pelos profissionais como um caminho inerente à formação dos residentes, com a preocupação na utilização e otimização de recursos, efeito do processo de uma regulação realizada a nível local em que há o preceptor mais presente e qualificando as solicitações inseridas no sistema de regulação. Um dos profissionais cita esse efeito:

[...] essa expansão da residência aconteceu do começo do ano para cá. E a gente tem conversado com os preceptores e eles falam que teve uma mudança perceptível na qualidade da regulação, justamente por ter essa cobrança [...] (Profissional 2).

Já na unidade (B), uma outra visão sobre o regulador pode ser observada. Além de haver uma baixa interação, foram indicadas questões conflituosas entre reguladores e solicitantes, com questionamentos sobre o poder de um médico de devolver/negar uma solicitação, sua capacitação para isso e levantando a questão de que cada médico tem um critério diferente:

Na realidade atrito entre os profissionais não, mas eu questiono quem são esses médicos reguladores? Por que que eles vão questionar o meu diagnóstico? (Profissional 6).

A presença de regulador local ao mesmo tempo em que pode favorecer as discussões técnicas e qualificações das solicitações entre as equipes da APS, é também um potencial gerador de conflito visto que o profissional que é responsável por autorizar procedimentos no SISREG é o mesmo que pode negar, cancelar ou pendenciar uma solicitação feita pelo seu próprio colega de equipe. As falas dos profissionais sugerem divergências de como ocorre esse processo nas duas unidades do estudo.

Quando indagados sobre o manejo das solicitações após o agendamento, apenas a unidade (A) aborda o manejo da equipe com essas solicitações. O profissional também caracteriza a classificação de risco como um fator importante de sinalização da unidade desejada por parte do profissional solicitante ao médico regulador, mas que nem sempre isso é atendido.

[...] Depois da solicitação a gente costuma toda a semana, que é quarta-feira à tarde, temos um tempo para checar devolvidos. E aí a gente dá uma olhada tanto no SISREG quanto no SER. De maneira geral, como é uma unidade escola, e a gente

tem muito contato com preceptores que regulam, a gente consegue saber eventualmente comunicando: “Ah, aquela paciente que você encaminhou, revê a indicação, vê se realmente o risco está correto...”. Então às vezes, mesmo não tendo reunião de equipe a gente acessa o SISREG, vê o devolvido, vai lá e altera. Vai na aba mais correta, complementa a história clínica... varia. Mas a gente tenta fazer esse controle semanalmente, justamente porque tem uma cobertura enorme e a gente tem que ficar de olho nisso [...] (Profissional 2).

[...] Quando a gente solicita, tem como colocar prioridade pela classificação mesmo por cor. Embaixo a gente tem como colocar unidade desejada, a gente mostra ao regulador que preferencialmente seria determinada clínica. Acaba que nem sempre isso é atendido porque às vezes não tem disponível a vaga e acaba marcando para o que tem mais rápido [...] (Profissional 2).

Abordando agora o processo de regulação feito pelos médicos (RT ou reguladores locais), cabe destacar, que um dos profissionais entrevistados descreve sua rotina de trabalho em uma das unidades abrangidas pelo estudo:

[...] A gente tem 7 ou 6 reguladores aqui se eu não me engano na clínica [...] A gente sabe que hoje a grande maioria das vagas são abertas no momento em que o sistema abre. [...] mas geralmente as vagas são 7 horas da manhã, então eu por exemplo sempre chego aqui 6:40, 6:50. Para estourando estar 7 horas da manhã no computador, para 7 horas eu começar a marcar e aí eu já olhei todas as regulações tudo que estaria pendente já está autorizado. E aí eu vou olhando rápido, olhando o que é que tem vaga para eu marcar e às vezes essas vagas, bom, todo mundo sabe que 7 horas da manhã abre vaga, então todo mundo está lá 7 horas da manhã. Tem algumas vagas como colono e endoscopia que em 30 segundos já acabaram todas e tem outras que cinco minutos depois já acabaram todas as vagas, entendeu? Algumas vagas mais raras eu já vou primeiro porque eu sei que acaba antes [...] em si e porque eu paro mesmo para olhar as regulações às 7 horas da manhã e aí quando dá 7 horas e 30 minutos eu já vou atender meus pacientes e oficialmente o que os outros preceptores fazem era o seu próprio tempo. Mas oficial para a gente marcar mais vagas é 7 horas da manhã [...] (Profissional 1).

[...] quando a gente vai ser regulador, não é obrigatório você ter um treinamento, isso eu acho que é até uma crítica que eu faço porque às vezes a pessoa vai regular e não sabe muito. Só mexendo para descobrir mesmo [...]. (Profissional 1).

[...] E isso é só você mexer no SISREG para você saber, porque não está escrito em lugar nenhum, não tem nada oficial e aí tem vários fluxos paralelos que a gente vai descobrindo só mexendo no SISREG (risos) [...] (Profissional 1).

O Profissional 1 é médico regulador da unidade (A). Mesmo com a presença de oficinas para qualificação da regulação, ele faz uma crítica a não obrigatoriedade de treinamento para o exercício da função como regulador e complementa descrevendo a existência de fluxos paralelos que são aprendidos apenas após o manuseio do sistema.

Neste sentido, quando perguntada sobre a preparação para ser reguladora, a médica da unidade (B) relata:

[...] Sim, a gente recebeu um treinozinho. Até para solicitar a gente recebe recomendações e para ser reguladora eu fui chamada lá no Souza Aguiar para uma reuniãozinha. Aí eles explicam o que pode regular, o que não pode, como que faz a

regulação. E foi isso, eu recebi um treinozinho pequeno, mas não é um bicho de 7 cabeças regular, então [...] (Profissional 8).

A avaliação sobre a necessidade de treinamento é vista de maneira diferente entre os profissionais. Enquanto o primeiro entrevistado faz uma crítica, a segunda fala que o processo de preparação parece ter sido simples e compatível com o grau de dificuldade que ela atribui à tarefa de regular. Comparando com outros médicos que entendiam o SISREG como uma plataforma 'cheia de detalhes' e que precisavam gastar um tempo navegando para compreender verdadeiramente a plataforma, para ela esse processo parece ser diferente.

Uma das falas corrobora a necessidade de treinamento expressada pelo profissional 1. Ele descreve como são realizadas as oficinas de qualificação da regulação com os residentes na unidade (A):

[...] a gente monta as oficinas com os residentes. Então a gente tem hoje várias oficinas que a gente faz, uma delas é a de regulação hoje, inclusive, fui eu quem fiz. Aí meio turno que a gente faz. E a pessoa que está programada fica com o turno protegido para isso [...] (Profissional 1).

Ambas as unidades caracterizam a permanência de solicitações (já analisadas) por um longo período no sistema de regulação (esperando por agendamento) como algo frustrante para o profissional. Segundo eles, a Coordenação de Área Programática representa a instância de mediação para que as solicitações sejam aprovadas de maneira mais célere:

[...] É difícil. Muitas coisas acabam sendo um pouco frustrantes porque tem poucas vagas e aí você vê as sub especialidades como a oftalmologia ou algumas ressonâncias são difíceis de conseguir. O paciente fica meses às vezes alguns até anos para disputar uma cirurgia oftalmológica e para a gente é frustrante em si, a gente tenta o máximo possível conversar com médico da equipe para ele avaliar a urgência [...] Nesse contexto a gente tem algumas formas de conseguir lidar e uma delas é mandar ele para a CAPs e lá entrar em contato com a regulação do sistema, explicar o caso do paciente, falar que é um caso grave e essa regulação às vezes é bem parceira da gente e consegue arranjar uma vaga milagrosa (risos) para o paciente para fazer o procedimento ou qualquer coisa que precisa ou alguns pacientes aqui acabam judicializando o caso indo para o Ministério Público ou indo para a câmara de litígios [...] (Profissional 2).

[...] Então às vezes algumas coisas são mesmo frustrante e precisa da justiça para facilitar para o nosso paciente infelizmente porque a oferta de vagas para algumas coisas são muito baixas e é difícil porque tem coisas que a gente vê que tem muita vaga que perde até as vagas no SISREG e outras que são mega escassas para o Rio de Janeiro inteiro sem falar nas vagas de PPI que são as vagas de outros municípios do Estado do Rio e que vem fazer aqui no Rio [...]. (Profissional 1).

[...] Quando é um paciente com alguma coisa muito urgente, não tem vaga e a vaga está demorando muito a surgir, eu falo com a gerente e a gente manda um e-mail para o NIR e para a CAP para ver se eles conseguem uma vaga mais rápido [...] (Profissional 8).

A judicialização é apontada como um caminho seguido por alguns usuários em busca da garantia da marcação da solicitação do procedimento ou consulta. Tal conduta é também reconhecida pelos profissionais quando apontam a judicialização como um caminho frente a escassez de oferta de vagas em algumas especialidades.

Para além do médico com função formal de regulação local, nas entrevistas, o papel do Agente comunitário é descrito através da interlocução entre as equipes de saúde e o usuário, sendo ele o principal responsável pela atualização de dados e entrega do agendamento realizado pelo médico coordenador do cuidado:

[...] Assim, o paciente passa pela consulta, houve a necessidade de fazer o encaminhamento. Então o médico vai encaminhar, a vaga a gente já recebe da administração, já vem impresso as marcações e anexo vai uma guia, que é a guia do encaminhamento do pedido, sem essa guia não tem efeito e, a gente faz a entrega, faz o aviso. Procura está sempre atualizando o endereço e o telefone pelo CADSUS porque o endereço e o telefone vêm no registro do CADSUS e a gente aciona o paciente. Leva, pede para alguém vir buscar e quando o telefone está certinho, eles automaticamente recebem um SMS, que saiu a vaga [...] (Profissional 3).

Mais do que importância da atualização cadastral no Cartão Nacional de Saúde (CADSUS), a proximidade do profissional ACS com o usuário é descrita como um importante fator no reconhecimento dos usuários adscritos no território, sobretudo aqueles que estão na unidade por um longo período e possuem vínculo com a população:

[...] tem que estar sempre mantendo o cadastro atualizado porque a pessoa, às vezes vem morar aqui agora, então há a necessidade de a gente atualizar o endereço todo. Se a gente não localizar, o que acontece? A gente fica perdido, embora, como nós já trabalhamos muito tempo na área, a gente já conhece as pessoas pelo nome. A maioria, a gente conhece pelo nome, já vê, já sabe que é nosso, mas tem que estar batendo o endereço todo direitinho, quando tem alguma divergência, a gente recebe um alerta para atualizar. E como se essa vaga, automaticamente eles recebem o SMS, o SMS vem dizendo que a vaga é para o dia tal, horário tal, hospital tal e a especialidade. Eles recebem [...] (Profissional 3).

Em uma das unidades, outro profissional pouco comentado até aqui ganha destaque. O profissional administrativo descreve sua participação no processo de organização dos agendamentos realizados pelos médicos e a disponibilização para as equipes de estratégia de saúde da família. O trecho destacado mostra a divisão de tarefas entre os membros das equipes desde o momento da solicitação até a entrega do agendamento ao usuário:

[...] é eu imprimo [inaudível] as autorizações que já foram reguladas daquele dia. Eu chego de manhã e vejo o que foi regulado no dia anterior e imprimo. Depois eu separo por equipe, pelo médico porque a gente vê o médico que solicitou, separo e entrego para as equipes. Dali eles que vão entregar para os pacientes, essa parte não é minha [...] (Profissional 3).

Como se pode ver, outros profissionais para além do médico participam em alguma medida de partes ou momentos do circuito que envolve a regulação local (entrega ou lembrança de agendamentos junto aos usuários, por exemplo).

5.3 MODELO DESCENTRALIZADO DE REGULAÇÃO: EFEITOS PARA O ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A regulação assistencial descentralizada, conforme descrito em tópicos anteriores, apresenta conformações singulares nas unidades entrevistadas, em que pesem regras gerais comuns. Neste eixo, serão abordados aspectos relativos aos efeitos da organização e *modus operandi* da regulação descentralizada e sua influência no acesso à atenção especializada. Os relatos selecionados a partir das entrevistas realizadas nas duas unidades do estudo descrevem como este desenho de regulação influencia, ou não, no acesso dos usuários aos procedimentos/consultas inseridos sob regulação municipal, como veremos a seguir.

A disponibilidade do regulador influencia diretamente na capacidade regulatória local, na medida em que o modo como os profissionais se disponibilizam para o “ato de regular” é retratado como um fator chave para o sucesso desta atividade na unidade de APS.

[...] Antes de eu entrar aqui, a primeira vez aqui no SISREG, a gente tinha mil e novecentas solicitações. Aí a primeira vez que eu consegui desenvolver, autorizar e regular tudo, em uns três meses passou para umas quinhentas solicitações. Sendo que dessas, quatrocentas eram de oftalmo. Então a gente conseguiu regular, deixou as coisas muito bem-feitas. Então se tem uma regulação adequada, as coisas melhoram muito. Eu sou a pessoa que fica ali atrás, realmente qualificando. Como eu fui fazendo, o pessoal acabou gostando e me deixando fazendo como principal regulador mesmo [...] (Profissional 1).

O profissional 1 refere a si mesmo como aquele que “*que fica ali atrás, realmente qualificando*”. Tal característica é atribuída ao sucesso da regulação na unidade (A). Já na unidade (B) a profissional entrevistada narra uma realidade diferente sobre o processo de regulação exercido na sua unidade:

[...] tem que ficar olhando sempre. Tem um horário, de 7 às 10 horas, se eu não me engano. Depois fecha e não pode regular mais, tem alguns horários que abre mais vaga que outros. Às vezes abre cedinho ou bem tarde... Horários que tem menos gente regulando... A gente tem que ficar esperto para conseguir a vaga. Uma pessoa que fica muito tempo ali vai conseguir regular bastante [...] (Profissional 8).

[...] É, mas geralmente eu não regulo na consulta não porque eu acabo me enrolando. Eu solicito e deixo para regular tudo em casa, tudo junto. Não fico regulando com as pessoas não, já fiz isso com paciente que precisava muito, eu aproveitei e regulei,

mas geralmente eu regulo depois [...] (Profissional 8)

[...] Não é o certo, o certo seria eu fazer daqui, mas não dá tempo porque eu fico atendendo o dia todo e faz receita, faz isso aquilo, um monte de gente entrando na sala o tempo todo [...] (Profissional 8).

A profissional 8 expõe seu julgamento frente a sua prática, ao mesmo tempo que se justifica devido à alta demanda enfrentada o dia a dia do trabalho.

Apesar da narrativa dos profissionais das duas unidades caminharem em sentidos diferentes quando comparados a sua autopercepção do “ato de regular”, ambos descrevem a necessidade da disponibilidade do regulador exigida por este modelo de regulação para um processo regulatório exitoso.

Uma particularidade a ser destacada, refere-se as equipes que possuem o profissional médico com a função de solicitante e regulador ao mesmo tempo. Neste caso, o profissional além de suas atividades assistenciais como médico da equipe também exerce a gestão da regulação. Podendo haver uma certa vantagem para usuários cujos médicos são também reguladores.

Um dos gestores entrevistados aponta a repercussão ocasionada por essas diferenças em discussões na CAP, referindo-se ao fato de alguns reguladores restringirem a regulação de vagas apenas a sua própria equipe, impactando diretamente no acesso dos usuários de outras equipes à determinados procedimentos, consultas ou exames.

[...] Então, eu consigo perceber isso, porque isso foi até uma discussão para dentro da CAP. Eu também vou problematizar com os preceptores que são os reguladores. Alguns reguladores eu percebo que se restringem à regulação da sua própria equipe [...] (Gestor 8).

Mediante as falas, é possível identificar que o papel do regulador na sua equipe pode ser diferencial sobre o acesso dos usuários. Além disso, quanto mais o regulador está disponível para acessar o sistema, maiores são suas chances de “encontrar” vagas disponíveis o que, conseqüentemente, diminui o tempo de espera da solicitação no sistema e o acesso do usuário à consulta ou procedimento de forma mais rápida.

5.3.1 Proximidade do profissional solicitante/regulador com o usuário

A proximidade do profissional solicitante/regulador com o usuário é um fator que contribui para a regulação assistencial de maneira mais efetiva. A partir das relações de vínculo estabelecidas entre a equipe de saúde família e o usuário, é possível conversar com ele sobre a importância de um exame ou dar orientações, por exemplo.

Às vezes a gente até vê o local, vê o ônibus que tem que pegar porque tem gente que tem dificuldade porque não sabe ler [...]. A gente tenta explicar também o preparo, [...] às vezes a família também não liga muito, acaba esquecendo. Então a gente já grifa ali e marca texto, explica para a pessoa (profissional 4).

A gente, de certa forma, ajuda nisso. E a gente conhece o paciente, a maioria acaba conhecendo, né? A gente sabe da necessidade dele e a gente vai ajudando” (profissional 8).

A partir das falas dos entrevistados, convém indicar que a proximidade do profissional e do usuário parece potencializar a regulação assistencial. O vínculo e o conhecimento das condições de vida as quais o usuário está inserido são descritos como fundamentais para o efetivo acesso à consulta ou procedimento.

Por outro lado, a impotência do profissional na decisão do local de atendimento do “seu paciente” é percebida como algo capaz de gerar frustrações:

Às vezes eu fico frustrado porque eu que acordo todo dia cedo sete horas da manhã eu estou ali marcando as vagas e vejo paciente faltando Nefro que é quase impossível de marcar, faltando exame de hérnia, de vesícula que é muito chato de marcar também E aí tem que reinserir porque os pacientes acham que é longe e não vão e eles têm melhores motivos para isso e a oferta realmente aqui na área é pequena em muitas especialidades. A grande maioria das coisas que a gente vê são os hospitais municipais que estão ou em Piedade ou em Acari ou no centro ou em Botafogo ou no 5.1 e 5.2 (profissional 1).

O sentimento de frustração expressado pelo entrevistado, descreve o compromisso do profissional com a escolha de um local de fácil acesso e que seja possível para o seu paciente. A presença de um profissional que conheça a realidade da sua população, possibilita, de alguma forma, que este profissional consiga no momento da regulação, avaliar a “melhor escolha” para o seu paciente.

5.3.2 Competição por vagas e sobrecarga profissional

Um dos pontos frequentemente abordados nas falas é a competição relacionada ao modo de regulação, particularmente na etapa de agendamento de consultas e exames. As vagas são disponibilizadas no Sistema de Regulação e ficam disponíveis para qualquer profissional que possua a senha de regulador, não havendo um horário definido para esta disponibilização de vagas e tampouco uma cota por unidade. Sendo assim, os entrevistados contrapõem o positivo aumento do acesso da APS às vagas ao modo competitivo e não equânime para a marcação, visto que é apontada a necessidade de profissional ágil, disponível, com conhecimento na rede e que trabalhe fora do horário do expediente, o que varia entre as unidades.

Foi apontado por um dos gestores entrevistados, a disparidade entre profissionais reguladores com agilidade no SISREG e profissionais que não possuíam essa “expertise”. Em uma das falas aparece essa preocupação e descrição do processo de descentralização das vagas:

Criou uma disputa horrorosa entre os médicos, os médicos se sentiam. Não é minha obrigação trabalhar meia noite, mas se eu não trabalhar na meia noite eu não vou ter vaga. Isso gerou uma disputa de quem conseguia agendar mais, o compartilhamento de senha extremamente perigoso... (Gestor 4).

No início da regulação descentralizada não havia a limitação do horário para disponibilização das vagas no SISREG, sendo necessário acessar o sistema à meia noite para conseguir as vagas:

Gente, meia noite todas as vagas entram. Então ficava todo mundo igual vídeo game. [...] A gente ficava em casa, fazendo regulação... (Profissional 1)

A delimitação do horário (impedindo que ocorram agendamentos na madrugada), no entanto, não impediu a sobrecarga aos reguladores, que se encontram em uma constante “disputa” com seus colegas para conseguir agendar consultas e exames:

[...] Uma competição louca pelas vagas [...] e isso sobrecarrega muito quem está fazendo a regulação, tanto o RT quando quem está nas unidades que não têm médico RT, mas que têm assistente de regulação também, né? (Profissional 9).

[...] O poder da regulação daqui está melhorando, mas ainda continua ruim porque ela é uma só e além dela ser RT ela também tem os pacientes dela e atende também as demandas e isso acaba sobrecarregando-a também [...] (Profissional 6).

[...] eu gostaria de fazer aqui, mas às vezes eu acabo fazendo de casa mesmo porque é o horário que sobra. Ou eu fico mais tarde um pouquinho fazendo isso ou eu chego mais cedo, horário de almoço às vezes eu almoço rapidinho para vir para cá fazer ou eu faço de casa [...] (profissional 8).

[...] é desgastante mesmo. Por exemplo eu sei que abre vaga às 7 horas, mas eu sei também que lá para as 11 horas abre vaga para outras coisas. Sábado abre vaga também, de vez em quando eu por exemplo acordo até no meu off eu acordo mais cedo para conseguir marcar no sisreg, natal, ano novo era dia de semana e tinha vaga no sisreg então às vezes eu tiro um pouco do meu lazer de relaxar fora do trabalho para marcar no sisreg [...] (profissional 1).

[...] Infelizmente a gente ainda está naquela briga de dinossauro de oferta e procura do mais rápido (Gestor 10)

Atualmente, as vagas podem surgir a qualquer momento das 7h às 22h, havendo um desencontro com o horário em que os profissionais estão presentes nas unidades. Com isso, a saída encontrada por eles é regular fora do expediente, ficando o acesso dos usuários condicionado a esta prática:

(...) Acaba dependendo muito da regulação local dessas vagas, e se o RT não quiser regular, não é que não quiser, se ele regular normal, se ele entrar as 7 horas, mas devagar ele já perde muitas horas. Ou se ele acordar mais tarde, ou está no uber e quando chegar à unidade, entrou na sala as 7 horas e 5 minutos, já perdeu um monte de vagas. É uma loucura, depende muito da disposição do RT também, do que ele está disposto a fazer [...] (Profissional 9)

[...] Eu me sinto útil assim para ajudar os pacientes, mas eu sei que isso é meio patológico também, não é muito bom até para... ter que depender disso, né? Mas eu sei que as vagas são bem disputadas. existem vagas que abrem e se alguém avisa no grupo que abriu vaga, em um minuto acaba tudo. Então é uma briga para conseguir vaga de alguma coisa [...] (Profissional 1)

Para agendar consultas e exames com vagas mais escassas é preciso que os reguladores acessem recorrentemente ao sistema para conseguir “esbarrar” com as vagas, pois quanto mais se acessa ao sistema, maior a chance de conseguir a vaga para seu paciente.

[...] É porque a regulação, hoje da forma que ela funciona descentralizada, ela não é igual para todo mundo. O cara que está numa unidade onde o médico regulador não entra no sistema, não tem o mesmo direito de acesso do que outro que é de uma unidade onde tem um **tarado** que fica o dia inteiro de olho na tela. Então como tem essa figura humana, ela é humano dependente, a lógica é de igualdade para todo mundo, mas ela não é igual para todo mundo. Uma unidade que fica sem RT 2, 3 meses, se não tiver o NIR da CAP para olhar a regulação dela ninguém vai olhar [...] (Gestor 2)

[...] então é muito frustrante porque tem muitas Clínicas que acabam ficando injustiçadas. Depende muito da pessoa que está olhando, tem que ter uma pessoa que fique ali **tarada** no SISREG olhando, procurando vaga para o paciente porque se não fizer isso ninguém magicamente que vai marcar para ele então para a gente aqui é ótimo porque a gente tem quem regule, mas para quem é 5.1, 5.2 é péssimo (profissional 1).

[...] o que é engraçado é que eu sei que durante o dia vão sendo cadastradas novas agendas, novas vagas e às vezes vão aparecendo, vão brotando algumas vagas no SISREG sem o menor aviso sem nada então eu vou tentando várias vezes o dia inteiro, mais de 10 vezes por dia e nisso eu acabo lendo as regulações.” (profissional 1).

A abertura de vagas após o horário da jornada de trabalho diária, e a necessidade de exercer a regulação e as tarefas assistenciais concomitantemente, foram apontadas como um fardo, havendo diferenças entre as unidades acerca da forma como essa sobrecarga é vivida. Analisando como exemplo as unidades com apenas um profissional regulador, que entre em poucos horários no sistema, que não seja tão rápido e que não conheça a rede e o sistema, esse profissional está fadado ao insucesso nesse modelo. Isso é colocado como uma barreira de acesso no discurso dos entrevistados.

Ao serem questionados sobre a possibilidade de adoção de cotas de vagas por unidade para evitar competição e correria, alguns dos entrevistados respondem positivamente:

Eu acho que proporcionalmente pelo número de habitantes cadastrados, perfil da unidade de usuários, eu acho que sim, seria uma boa estratégia pensar num padrão, num número específico. Acho que é uma experiência para gente tentar (cotas parametrizadas), até porque assim, alguns exames são solicitados por profissionais. (Gestor 8)

[...] então é uma briga para conseguir vaga de alguma coisa. Então se tivesse essa ideia de que você falou seria muito interessante (cotas) (Profissional 1).

Mediante as falas destacadas, os entrevistados descrevem a possibilidade de adoção por cotas na tentativa de “equalizar” a distribuição de vagas à medida que apontam a competição e dificuldade no acesso à algumas vagas na maneira em que são disponibilizadas hoje.

6 DISCUSSÃO

A experiência da regulação assistencial ambulatorial no município do Rio de Janeiro perpassa por reformulações e tensionamentos em sua narrativa histórica. O processo de disputa e tensão da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sobre a disponibilização de vagas nos serviços municipais e, especialmente, na esfera federal, retrata o movimento de competição pelo controle da oferta (aumento da oferta sob regulação municipal).

O município do Rio de Janeiro, na figura dos seus gestores, passa a partir de 2009 e com maior intensidade a partir de 2012, a apresentar-se ativamente como a autoridade formal responsável pela alocação de recursos e normalização das interações e processos envolvendo a regulação nos mais diversos serviços visando a disponibilização de vagas pelos prestadores.

No que tange à oferta de vagas, embora alguns entrevistados tendam a correlacionar seu aumento com a descentralização da regulação, os movimentos possuem trajetórias distintas apesar de temporalidade semelhante. A descentralização da regulação proporcionou um aumento do número de profissionais com acesso ao sistema de regulação em maior proporção que a capacidade de regulação realizada apenas pela central de regulação. Neste sentido, houve um aumento das marcações/agendamentos que antes, devido ao número de reguladores, por vezes não eram capazes de analisar todas as solicitações de exames e consultas.

Diferente do aumento do número de profissionais, a oferta de vagas foi impulsionada pelo diálogo da SMS com os prestadores de serviços frente a necessidade de ampliação da oferta e disponibilização de vagas em um único local, o SISREG. Alguns autores defendem esse processo de “disputa” como um poderoso instrumento de intervenção na realidade sanitária visando controlar a oferta de serviços no território e assim proporcionar uma melhor escolha frente ao perfil assistencial mais adequado as realidades de saúde (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Ao dialogar com os prestadores das três esferas de governo, a SMS assume a posição de ordenadora do acesso. Em um estudo sobre os regimes de regulação, Cecílio (2014) define a regulação governamental como um modelo que tem em seus governantes a prerrogativa e pretensão de serem os ordenadores do acesso. Tanto na definição do autor, como na experiência citada, a regulação encontra-se em um lugar de disputa de possibilidades.

Um contraponto importante na descrição feita por Cecílio (2014) é que diferente do autor, os processos direcionados pelos gestores da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, possuem como justificativa o atributo da coordenação do cuidado. Já o autor, defende

que as bases da regulação governamental se apoiam nos princípios de direitos e cidadania, com especial ênfase para as dimensões de universalidade e equidade (CECÍLIO, 2014). Neste sentido, a diferença entre a implementação da regulação governamental ocorrida no Rio de Janeiro difere-se em alto grau das descritas por Cecílio. Na experiência carioca, o papel assumido pela SMS é voltado ao objetivo de atender as necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados em saúde. Contudo, distancia-se da equidade horizontal adotada pelo SUS e o princípio da universalidade como foco prioritário de suas ações.

Passando agora propriamente para a regulação descentralizada, cabe aqui destacar a própria arquitetura da regulação do município do Rio de Janeiro. O desenho da descentralização prevê atores (reguladores) não apenas na Central de Regulação, trazendo a regulação formal ao nível local, sem paralelo com outras experiências no país.

Um estudo realizado no ano de 2017 que trata a regulação Assistencial e Atenção Básica em algumas experiências estudadas no Brasil, demonstra que dentre os sete municípios elencados no estudo (Bela Cruz – CE, Belo Horizonte – MG, Caruaru – PE, Florianópolis – SC, Guarulhos – SP, Recife – PE e Rio de Janeiro – RJ), apenas o Rio de Janeiro possui o ator formal responsável pela regulação presente nas unidades básicas de saúde, as demais experiências reforçam a central de regulação como principal responsável pela organização do acesso às consultas especializadas e exames pela AB (SILVA, 2017).

Outros municípios apresentaram avanços nos processos de regulação local mesmo na ausência do ator formal de regulação na UBS. Dentre as experiências, destaca-se o município de Belo Horizonte. Diferente da experiência do Rio de Janeiro, os casos de gravidade ou urgência não entram na fila de espera tradicional. Há um fluxo preferencial no SISREG e essas solicitações vão direto para os médicos das centrais de regulação para serem avaliadas e priorizadas. Toda solicitação é analisada por um médico regulador localizado no Centro de Especialidades Médicas (CEM), no Distrito ou na Central de Marcação de Consultas do nível central (SILVA, 2017).

A existência de avanços no processo de regulação, tanto no Rio de Janeiro como em Belo Horizonte, aponta para diversas possibilidades nessa construção. Na experiência do Rio, a presença do ator formal de regulação responsável pelo encaminhamento e marcação da consulta ou exame, permite uma avaliação sobre as condições de vida que podem influenciar no acesso do paciente à consulta. Já na capital mineira, a existência de uma organização regional para análise das solicitações possibilita maior interação entre o médico solicitante e o especialista. Um estudo sobre a integração entre a APS e a AE, destaca Belo Horizonte ao citar os mecanismos de aproximação entre os dois níveis de atenção baseada em uma cultura

de colaboração (ALMEIDA et al., 2013).

Além da integração entre níveis assistenciais como um tema presente no debate da política local, alguns estudos apontam qualificação das solicitações como um desafio para o acesso a atenção especializada (SILVA, 2017). Ao abordamos o cotidiano na APS, o MFC assume o papel de *gatekeeper* e espera-se que ele tenha a capacidade de resolver a maioria dos problemas de saúde e encaminhar adequadamente para os serviços de referência. (SANTOS; GIOVANELLA, 2016) Na experiência do Rio de Janeiro, o médico assume além das funções assistenciais, a autonomia na gestão da regulação ambulatorial no cenário das Unidades de Atenção Primária o que pode, em alguns casos, aumentar a qualidade das solicitações.

A presença do médico regulador (que analisa, devolve, nega ou cancela as solicitações) dentro das unidades tende a “tensionar” para uma maior qualificação dos profissionais que participam do processo de regulação da unidade, incluindo os solicitantes. Tal ótica é defendida por gestores e profissionais mediante a possibilidade de indução das melhores práticas, proximidade entre solicitante e regulador, presença de oficinas de regulação locais e possibilidade de melhor adequação da demanda do paciente ao tipo de agendamento no sistema (distância, tipo de serviço etc.)

Além da qualificação profissional, alguns autores reafirmam a importância da descentralização da regulação como indutora da diminuição do tempo de espera e ferramenta de proteção e controle para agendamentos desnecessários. Tal lógica é atribuída ao baixo desempenho na avaliação do tempo de espera e distância da residência do paciente relacionados à regulação centralizada (PINTO et al., 2017).

Vale destacar que o modelo descentralizado de regulação não anula o papel da Central de regulação. Na experiência do Rio, apesar da atuação do médico regulador nas unidades de saúde, o controle da oferta é gerenciado pela Central de Regulação. Neste sentido, as Coordenadorias de Área Programática e os Núcleos Internos de regulação atuam como pontos de interface entre a UBS e a central de regulação com o objetivo de minimizar as dificuldades encontradas no processo regulatório.

Em 30 de dezembro de 2013, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria Nº 3.390, instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e descreveu diretrizes para organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), definindo os Núcleos Internos de Regulação (NIR's) como:

Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação

para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário;

No município do Rio de Janeiro, aparentemente, houve a extrapolação dos NIR para além do espaço hospitalar, integrando a regulação ambulatorial no âmbito regional da cidade. Levando em conta a descentralização da regulação assistencial ocorrida no Rio de Janeiro, a existência e participação do NIR torna-se interessante à medida que ele diminui a distância entre a unidade e Central de Regulação, além de apoiar a marcação de consultas, porém sem autonomia na disponibilização de vagas. Caso a CAP tivesse maior poder de gestão sobre serviços ambulatoriais especializados, o NIR poderia também ser relevante na mediação entre APS e atenção especializada, o que parece não se dar na realidade estudada.

Para Oliveira (2014), a busca por melhores práticas vai além das atividades exercidas a nível local (solicitação e agendamento). Neste sentido, a gestão sobre os serviços ambulatoriais especializados, pela CAP, por exemplo, torna-se interessante no direcionamento de um sistema mais forte e em alguns casos, menos insuficiente.

O médico de família tem, em tese, o foco do cuidado centrado na pessoa, não na enfermidade. A possibilidade de prestar atendimento ao longo da vida das pessoas possibilita sua compreensão particular sobre o indivíduo, sua família e o meio onde vive. (GUSSO; LOPES, 2012). O conhecimento sobre as condições de vida pelos médicos reguladores (atuando também como médicos de família) foi destacado por diferentes atores entrevistados neste estudo que atribuíram essa característica a uma potência nas relações de cuidado nas unidades, contribuindo supostamente para uma regulação mais próxima à realidade dos usuários.

Outros fatores, no entanto, podem influenciar negativamente a regulação ambulatorial na APS, como a alta rotatividade de profissionais, que dificulta a manutenção de uma prática clínica de qualidade e com continuidade. Para Nunes, Santini e Carvalho (2015) a rotatividade de profissionais, especialmente na ESF, pode comprometer o vínculo das equipes com a população, tendo em mente que neste modelo preconiza-se a atenção com foco na família e na comunidade. Tais questões se justificam dado que a fixação de equipe qualificada está intrinsecamente relacionada à cobertura e à resolubilidade dos serviços, valorizando um vínculo estreito entre pacientes e profissionais de saúde. Quando pensamos no modelo desenhado para o Rio de Janeiro, a alta rotatividade torna-se um desafio importante a ser considerado, como pudemos observar na unidade B. A ausência do médico pode gerar não

apenas a desassistência clínica ou quebra do vínculo das equipes com a população, mas também uma barreira de acesso à atenção especializada. (PIERANTONI et al., 2015)

Ainda sobre os desafios, a sobrecarga de trabalho dos médicos reguladores aparece como um dos pontos abordados pelos profissionais entrevistados neste estudo. Machado (2020) descreve em seu estudo sobre a governança clínica, a dupla função (gestão e assistência) como fator de sobrecarga apontado pelos profissionais médicos responsáveis técnicos. Assim como no estudo citado, durante as entrevistas, um profissional declara que o modelo de regulação descentralizada é coisa para “solteiros” justificando que a falta de tempo para assumir as demandas assistenciais concomitantemente às tarefas de regulação gera sobrecarga que são levadas para horários após o expediente.

Segundo Machado (2020), a necessidade de horário protegido, assíncrono em relação a abertura das agendas de vagas e a necessidade do trabalho remoto (horas-extras de trabalho), contribuem para a sobrecarga desses profissionais. Cabe destacar que tais observações da referida autora convergem com os resultados encontrados neste estudo.

Ao abordamos os efeitos da regulação descentralizada para o acesso dos usuários à atenção especializada, o “tempo de regulação” entendido aqui como o período entre a solicitação da vaga no Sistema de Regulação e a marcação (ou agendamento), parece ser um fator positivo advindo da descentralização da regulação assistencial na APS. Os gestores entrevistados relatam que, com o aumento do número de reguladores na cidade, o tempo de análise das solicitações tornou-se menor e conseqüentemente houve o aumento do acesso dos usuários às vagas disponibilizadas no sistema.

Silva e Moreira (2021) apontam a espera pelo agendamento de consultas como um dos 3 principais desafios das dificuldades da regulação do acesso. Isso decorre do fato que em algumas unidades de saúde os agendamentos estão sujeitos à disponibilidade de tempo do médico regulador, assim como também da oferta limitada de vagas no sistema de regulação pelos serviços especializados das unidades prestadoras. Neste sentido, a experiência do Rio de Janeiro pode ser apontada como um importante avanço para a melhoria do acesso à atenção especializada visto que possibilita, em tese, um menor tempo de análise das solicitações devido ao aumento de reguladores nas unidades básica de saúde.

O atributo da coordenação do cuidado traz em seu significado um conjunto de elementos que juntos estabelecem uma conexão que objetiva fornecer ao paciente a melhor composição de cuidados frente às suas necessidades de saúde, tal perspectiva engloba a garantia de cuidados contínuos e integrados com elevado valor de qualidade. (ALMEIDA et al, 2018) Apenas por sua definição, é possível identificar a complexidade e valor estratégico

deste atributo para a APS.

Uma das justificativas presentes com frequência nos discursos dos entrevistados deste estudo é o aumento da coordenação do cuidado como ponto de partida para a descentralização da regulação ambulatorial. A proximidade do médico de família com as condições de vida e o conhecimento das necessidades de saúde de seus pacientes, permitem, em tese, que ele possa “advogar” por ele, definindo a melhor escolha do local de regulação, do tipo de vaga, do horário de agendamento e até mesmo o local.

Ademais, ao citarmos o conceito definido por McDonald et al (2014) sobre a coordenação do cuidado, projetada para avaliar e atender às necessidades dos pacientes, enquanto os ajuda navegar de forma eficaz e eficiente pelo sistema de saúde, definimos esse atributo como ponto de diálogo entre o usuário do serviço e o sistema de saúde. No plano internacional, a coordenação do cuidado é fortemente apoiada na construção de sistemas e redes de atenção que tenham como foco a comunicação entre prestadores. (BOUSQUAT, 2017).

A descentralização da regulação no Rio de Janeiro, por sua vez, promoveu avanços ao fortalecer parcialmente a coordenação do cuidado pela APS no momento em que deu o poder de agendamento aos médicos que conhecem os pacientes e estão próximos a eles. Uma regulação realizada pela central é baseada apenas no conteúdo escrito, o que gera problemas na medida em que há menor diálogo entre o profissional que solicita e o que agenda. Este problema é atenuado no modelo descentralizado onde, no entanto, persiste a incipiência da comunicação e contrarreferência entre os solicitantes e prestadores.

Ao analisar a experiência do Rio de Janeiro, Rocha (2015) descreve a implantação do SISREG (principal ferramenta da regulação), a pactuação de novos fluxos de regulação, a territorialização e georreferenciamento, a descentralização da regulação de procedimentos especializados para a APS e a redução do tempo médio de espera (oftalmologia geral, consulta em obstetrícia-alto risco geral e mamografia bilateral- rastreamento) como avanços identificados na regulação assistencial do município. Tais fatores também foram descritos como avanços na experiência da regulação no Rio de Janeiro. Cabe ressaltar que o aumento da coordenação do cuidado, a proximidade entre médico regulador e paciente, a possibilidade de maior qualificação das solicitações e a presença de outros atores (não médicos) como potencializadores do processo de regulação também foram descritos como vantagens do modelo de regulação descentralizada.

O princípio da equidade está fortemente ligado à regulação assistencial e ao acesso aos serviços de saúde. A Portaria nº 1.559 (2008), que institui a Política Nacional de Regulação

do Sistema Único de Saúde, traz como uma das atribuições da regulação do acesso a garantia dos princípios da equidade e da integralidade. De acordo com Peiter, Lanzoni e Oliveira (2016), a equidade é operacionalizada segundo duas perspectivas: a primeira, condições de saúde, diz respeito às chances de ocorrência de agravos de saúde; enquanto a segunda, acesso e utilização dos serviços de saúde, trata da disponibilidade de ações de saúde.

Ao compararmos as unidades escolhidas para o estudo, é possível perceber que as duas unidades estudadas possuem realidades sociais semelhantes (localizadas em regiões de pobreza e violência). Essas, são de algum modo geradoras de iniquidades, como por exemplo a violência, fator crucial quando nos referimos ao acesso dos usuários a essas unidades. Um estudo sobre o impacto da violência no acesso à saúde nas comunidades de baixa renda no Rio de Janeiro descreve que a limitação do acesso devido a violência é proveniente de dois principais fatores: o impedimento da ida do usuário ao serviço de saúde (impacto na demanda) ou o impedimento do acesso dos profissionais de saúde, seja aos centros de saúde ou aos domicílios dos pacientes (impacto na oferta) (BORGES et al., 2014).

O modelo de regulação implementado no Rio de Janeiro pressupõe que, para que haja alguma equidade, a classificação de risco dos pacientes deve ser realizada de maneira correta e qualificada. Alguns autores apontam a baixa qualidade da justificativa clínica como uma das principais dificuldades para implantação de estratégias pró-coordenação. (ALMEIDA et al., 2013). A exemplo do que foi descrito pelos profissionais entrevistados na unidade A, a presença de oficinas de qualificação da solicitação diminui o número de solicitações inadequadas, racionalizando o uso de vagas e conseqüentemente produzindo uma maior equidade nos agendamentos desta unidade.

Ainda sob a ótica da equidade, o presente estudo evidenciou a presença de diferenças nos modos de regulação entre equipes com ou sem o médico regulador. De acordo com a descrição sobre o processo de regulação ocorrido nas equipes que possuem esse profissional, as marcações tendem a ser privilegiadas, já que o médico ao assumir a função de solicitante e regulador diminui o tempo de regulação em sua própria equipe.

Vale apontar que tal característica foi identificada na fala de gestores do nível central e nos profissionais da unidade B. Tal narrativa revela a existência de iniquidades dentro de uma mesma unidade de saúde.

O modo de disponibilização das vagas promove uma competição entre os reguladores, em que os mais ágeis conseguem mais vagas para os usuários de suas unidades, diante do modo de disponibilização de vagas no SISREG para toda a cidade. Portanto, o modelo de regulação adotado no Rio de Janeiro inviabiliza um agendamento de acordo com o princípio

de equidade na medida em que os profissionais que regulam não possuem uma visão do todo (mas no máximo da sua unidade), o que faz com que pacientes em quadro clínico menos grave possam passar à frente de outros com maior gravidade.

Quando questionados sobre a possibilidade da adoção de um sistema cotas por unidade, alguns dos participantes do presente estudo referem-se a esse sistema como uma possibilidade na diminuição das iniquidades existentes neste modelo. De acordo com o estudo feito por Silva (2017), o sistema de cotas aparece como método de organização do acesso às consultas especializadas em diversos municípios como: Belo Horizonte – MG, Caruaru – PE, Florianópolis – SC, Guarulhos – SP, Recife – PE. De todos os municípios contemplados na pesquisa, apenas os municípios de Bela Cruz – CE (encaminhamento para a CR) e Rio de Janeiro – RJ (marcação pelo Médico regulador da própria unidade) tiveram descrições diferentes quanto a não utilização de cotas por unidade.

Cabe destacar que de acordo com as Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores contidas no Pacto pela Saúde 2006 e diante das experiências vivenciadas a partir da utilização do Sistema de Regulação –SISREG, a fim de possibilitar ações regulatórias para consultas, exames e internações, o sistema deverá, dentre outros, distribuir cotas por unidade solicitante e tipos de consultas/procedimentos: 1ª consulta e retorno (BRASIL, 2006). Caso isso viesse a ser implantado nas regiões da cidade ou nas unidades do Rio, evidentemente, seria necessário um mecanismo adequado para dimensionar as cotas por unidade e, além disso, estratégias de acompanhamento da utilização das cotas, para evitar a não utilização.

Um estudo sobre o difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS na cidade de São Paulo descreve que, anteriormente à informatização, as vagas eram distribuídas por meio de cotas para as UBS, a partir de um "estoque" disponível para cada Coordenadoria de Regiões de Saúde (CRS) e seguindo critérios de regionalização. Por opção da gestão local, esse mecanismo foi alterado sob a justificativa de desperdício de vagas. Os autores complementam que a partir dessa medida os médicos tiveram acesso a todas as agendas disponíveis na cidade possibilitando assim que um paciente da zona leste fosse marcado para o outro lado da cidade mesmo havendo vaga disponível próximo à sua residência o que, segundo eles, manteve o desperdício. (SPEDO; PINTO E TANAKA, 2010)

Mesmo que todas as unidades de saúde tivessem excelente qualidade técnica em seus médicos reguladores, não obstante não haveria a garantia de equidade na regulação de diferentes unidades. A iniquidade que permeia o processo de regulação no desenho do Rio de Janeiro não pode ser realizada apenas a luz no âmbito da APS, requerendo, portanto, um rearranjo do desenho e dinâmica geral da regulação ambulatorial no município e,

possivelmente, um reordenamento das ações e serviços ambulatoriais especializados que compõem a rede de atenção instalada na cidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização da regulação ambulatorial no município do Rio de Janeiro traz a APS como cenário e o médico de família, como ator formal da regulação. Neste sentido, o médico atua como gestor dos processos regulatórios ganhando mais autonomia e, em algum grau, a responsabilidade do acesso de seus pacientes à atenção especializada. As singularidades deste formato de regulação no cenário nacional justificam a importância de estudá-lo, tanto pela criticidade do acesso à atenção especializada no SUS, quanto pela necessidade que a APS tem de participar mais da regulação assistencial de modo a adensar sua capacidade de coordenação do cuidado.

As entrevistas com gestores do nível central revelaram alguns bastidores da gestão dos processos regulatórios e sua aparente concomitância com a implementação da regulação descentralizada. Neste seguimento, destaca-se a reorganização da Central de Regulação, o tensionamento da SMS frente aos prestadores pela oferta de vagas, a arquitetura da regulação descentralizada e os Núcleos Internos de Regulação como instâncias regionais de mediação entre as unidades de saúde e o nível central da regulação.

Já a nível local, os profissionais entrevistados reconhecem a descentralização da regulação como uma potente ferramenta para aumento do acesso à atenção especializada (ou pelo menos ao sistema de regulação). Destacam ainda a proximidade do médico regulador e do usuário como fator positivo na coordenação do cuidado, com tais ganhos sendo mais evidentes onde há presença da medicina de família e comunidade. Contudo, no âmbito local se evidenciam o elevado *Turnover* de profissionais (sobretudo médicos) impactando sobre a qualidade da regulação, a ausência ou insuficiência de preparação formal para o exercício da regulação, a competição por vagas, a sobrecarga profissional e a falta de equidade do modelo (diferenças entre unidades, oferta de vagas a qualquer momento do dia) como os principais desafios da regulação assistencial descentralizada.

Nesta perspectiva, a criação de cotas de vagas (por região e /ou por unidade), assim como apontados em estudos realizados em outros municípios do Brasil, talvez possibilitasse um acesso mais equânime nas unidades. Contudo, vale destacar que existem barreiras importantes no que se refere a utilização de cotas parametrizadas, se por um lado ela pode interferir na competição de vagas de maneira positiva, sua capacidade de mudar o panorama da oferta é insuficiente. Outrossim, precisam ser baseadas em parâmetros (de necessidade e não apenas de uso ou oferta) bem como a gestão cotidiana das cotas (para evitar desperdícios e iniquidades). Deste modo, o monitoramento do uso das cotas pode servir para identificar

problemas e necessidades de suporte para os profissionais das unidades. Em um cenário ideal, ou seja, com uma oferta suficiente e adequada de ações e serviços especializados de base regional e mecanismos efetivos de interação entre APS e atenção especializada, o próprio modelo de regulação poderia assumir outros arranjos e formatos.

Por fim, cabe indicar que este estudo possui claros limites em termos do olhar para o acesso à atenção especializada, algo extremamente relevante, mas que, pela sua complexidade e especificidade, requereria outras estratégias metodológicas, em boa parte fora do âmbito de pretensões da pesquisa, mais preocupada com as implicações ou modos de fazer a regulação na APS. De todo modo, parece-nos que a regulação assistencial descentralizada contribuiu para um novo patamar de entrada da APS no processo regulatório e conseqüentemente na sua função de coordenação do cuidado. No entanto, tal modalidade de regulação é incapaz, por si mesma, de resolver problemas que dizem respeito à oferta de ações e serviços especializados, ao modelo de cuidado na atenção especializada, além de produzir competição, cansaço e iniquidade como efeito colateral. De todo modo, trata-se de inovação promissora, ainda que requeira aprimoramentos substanciais.

REFERÊNCIAS

- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav.** v.36, n. 1, p.1-10, 1995.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde Soc.** v.22, n.1, p.223-236, 2013.
- ALMEIDA, C.; TRAVASSOS, C.; PORTO, S. E.; LAB-M. E. Health sector reform in Brazil: a case study of inequity. **International Journal of Health Services**, v.30, n.1, p.129-162, 2000.
- ALMEIDA, P.F. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 400-415, 2013
- ANTUNES, M. et al. Acesso aos cuidados de saúde em Portugal no rescaldo da crise. Nem tudo é dinheiro? **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, e00248418. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RdrT44FWRNRWP6JfVqh4Kxy/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 10 jun. 2021.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012 .
- BARBIERI, A. R.; HORTALE, V. A. Relações entre regulação e controle na reforma administrativa e suas implicações no sistema de saúde brasileiro. **Revista de Administração Pública.** v. 36, n. 2, p. 181-193, 2002.
- BORGES, D. et al. O impacto da violência no acesso à saúde nas comunidades de baixa renda. Hasow, p.1-40, 2014. Disponível em: <https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2016/04/O-impacto-da-viol%C3%Aancia-no-acesso.pdf> Acesso em: 07 out. 2021.
- BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva.** 2017, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde.** Brasília: CONASS, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 22 out. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php>. Acesso em 09 jan 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.554, de 28 de outubro de 2011.** Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização

e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2554_28_10_2011.html. Acesso em: 09 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 354, de 10 de março de 2014**. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência". Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html. Acesso em: 09 jan. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.859, de 29 de dezembro de 2014**. Institui o incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos Núcleos Intermunicipais e Estaduais de Telessaúde do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, e dá outras providências. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2859_29_12_2014.html. Acesso em: 19 jan 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.860, de 29 de dezembro de 2014**. Define os valores do incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos Núcleos de Telessaúde do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica de que trata a Portaria nº 2.859/GM/MS, de 29 de dezembro de 2014. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2860_29_12_2014.html Acesso em: 19 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 373/GM, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a norma operacional da Assistência à saúde - NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html Acesso em: 20 jun 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **Custeio dos núcleos de telessaúde: manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde . 2017. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **e-Gestor: Atenção básica**. Disponível em:
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: maio 2020.

BRASIL. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial de União**, Brasília, DF, 22 fev. 2006

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Implantação de Complexos**

Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 ago. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CECILIO, L. C. O. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, 2014.

DOMINGUEZ, B. Projeto de planos populares prejudica os usuários, dizem especialistas. **Revista Radiz**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/projeto-de-planos-populares-prejudica-os-usuarios-dizem-especialistas>. Acesso em: 22 jun 2021.

CÁRITAS. **VIII Informe del Observatorio de la Realidad Social**. 2013. Madrid: Fundación FOESSA. Disponível em: <https://edit.um.es/exclusion-social/files/2014/02/2013-C3%A1ritas.pdf> Acesso em 07 out 2021.

CAVALCANTI, R.; CRUZ, D.; PADILHA, W. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 22 n. 2, p. 181-188, 2018.

CECILIO, L. C. O. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 30, n. 7, p. 1502-1514, 2014.

ESCOREL, S. **Equidade em Saúde**. Dicionário da educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

FREITAS, M. A. et al. Quem são, o que falam e quem escuta os pobres? **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 22, n. 12, p. 3859-3882, 2017.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

HART, J. T. The Inverse Care Law. **The Lancet** v. 297, n. 7696, p. 405-412, 1971.
HOLMES-BONNEY, K. Managing complaints in health and social care. **Nursing Management**, v. 17, n. 1, p. 12-15, 2010.

JÚNIOR, H. M. M. **O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. 2005. 211p. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2005.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. A. integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 20, n. 59, p. 879-892, 2016.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIMA, L. D. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

LIMA, M. R. M. et al. Regulação em Saúde: conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista RENE**, v. 14, n. 1, p. 23-31, 2013.

MACHADO, L. C. T. **Dimensões da governança clínica na atenção primária à saúde: as contribuições do médico responsável técnico no município do Rio de Janeiro**. 2020. 128f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte. Campinas. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2006. Disponível em http://www.repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/309144/1/MagalhaesJunior_HelvecioMiranda_D.pdf Acesso em: 15 set 2021.

MASSUDA, A. et al. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Glob Health**. v.3, n. 4: e000829, 2018. doi: 10.1136 / bmjgh-2018-000829

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENESES, C. S. et al. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 2013-2024, 2017.

NUNES, A. As teorias de justiça e a equidade no sistema único de saúde no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**. n. 37 , 2011.

NUNES, E. F. P. A.; SANTINI, S. M. L.; CARVALHO, B.G. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 29-41, 2015.

OLIVEIRA, L. A. de et al. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. **Saúde Debate**, v. 40, n. 109, p. 8-21, 2016 .

OLIVEIRA, T. F. **O Potencial Articulador da Regulação do Acesso à Assistência à Saúde**. 2014. 124f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2014

PEREIRA, C. R.; CRUZ, D. F.; PADILHA, W. W. N. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**; v.22, n.2, p.181-188, 2018.

PIERANTONI, C. R. et al. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, pp. 637-647, 2015.

PINTO, L. F. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 22, n. 4, p. 1257-1267, 2017.

RAWLS, J. **Teoría de la justicia**. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **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: OPAS, 2013.

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.; OLIVEIRA, W. F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde Debate**, v. 40, n. 111, p. 63-73, 2016.

PINTO, L. F. et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, 2017.

RECHEL, B.; BLACKBURN, C.M.; SPENCER, N.J. Regulatory barriers to equity in a health system in transition: a qualitative study in Bulgaria. **Biomedical Central Health Service Research**, v.11, n. 219, p. 1-10, 2011.

ROCHA, A. P. **Regulação assistencial ambulatorial no Município do Rio de Janeiro- RJ: efeitos da inserção da APS na regulação**. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

ROUSSEAU, J. J. **O Contrato social e outros escritos**. São Paulo: Cultrix, 1986.
SANCHEZ; R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**. v.31, n. 3, p. 260–268, 2012.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 108, p. 48-63, 2016.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, São Leopoldo, ano. I, n.I, 2009. 15 p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (RJ). **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: PMS 2014 – 2015**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmninnibpcapjpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=http%3A%2F%2Fwww.rio.rj.gov.br%2Fdlstatic%2F10112%2F3700816%2F4128745%2FPMS_20142017.pdf&clen=18963056&chunk=true . Acesso em: 20 jun 2021.

SCHRAMM, J. M. A. et al . Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004 .

SILVA, J. R. S. **Regulação assistencial e atenção básica em algumas experiências estudadas no Brasil**. 2017. Monografia (Especialização em Gestão da Atenção da Básica) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, M. F.; MOREIRA, MARTHA CRISTINA NUNES. Dilemas na regulação do acesso à atenção especializada de crianças com condições crônicas complexas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p.2215-2224, 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE . Regulação Ambulatorial do Município e Estado do Rio de Janeiro. Portal da Transparência. Página da internet. Disponível em https://smsrio.org/transparencia_ses/#/. Acesso em: maio 2020.

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**, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016.

SPEDO, S. M., PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

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

SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO DA SAUDE ATENÇÃO PRIMARIA E VIGILANCIA DE SAÚDE (SUBPAV). **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Pág da internet**. Disponível em: http://subpav.org/cnes/cnes_listar.php Acesso em: maio de 2020

TASCA, R. et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2020;44:e4.

TESSER, C. D.; POLI, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. et.al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZUI, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**. v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, v.22, n.3, p.429-445, 1992.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA - GESTORES DO NÍVEL CENTRAL

Nome real:

Nome fictício:

Profissão:

Idade:

Tempo no cargo:

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Entrevistador:

1. Como você avalia a rede de atenção à saúde da cidade do Rio de Janeiro?
(alcances, limites, desafios, necessidades)

2. Você poderia explicar como era a regulação assistencial antes de 2012? (foco na regulação ambulatorial de exames, consultas e procedimentos)

3. Por que a regulação ambulatorial foi descentralizada para a atenção primária?
(razões e apostas)

4. Como se deu esse processo de decisão e implantação da regulação descentralizada?
(atores envolvidos, estratégias utilizadas, possíveis tensões)

5. Você poderia nos explicar como se organiza e como funciona a regulação ambulatorial do Rio?
(desenho geral, ofertas de serviços sob gestão municipal/estadual/federal, interfaces entre regulação nas unidades e regulação na central, interfaces entre regulação nas unidades e CAP, atuação dos médicos das unidades na regulação, regulação de solicitações de municípios vizinhos etc.)

6. Como você avalia o processo de descentralização da regulação para a atenção primária na cidade do Rio de Janeiro? (alcances, limites, desafios, necessidades)

7. Você gostaria de abordar alguma outra questão ou aspecto que considere importante para esse tema e que não foi abordado?

8. Você poderia nos indicar possíveis pessoas que considere que poderiam colaborar com essa pesquisa?

APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA – COORDENADORE DE AP

Nome real:

Nome fictício:

Profissão:

Idade:

Tempo no cargo:

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Entrevistador:

1. Como você chegou no cargo que ocupa atualmente?
2. Como você avalia a rede de saúde do Rio de Janeiro e especificamente da sua AP?

Pontos a explorar: características territoriais/populacionais da AP, diferentes componentes da rede com ênfase na atenção básica e ambulatorial especializada, adequação dos serviços às necessidades dos usuários, regionalização de serviços, serviços públicos e conveniados, interfaces entre serviços)

3. Como se dá o acesso a exames e consultas especializadas na AP?

Pontos a explorar: Ações e Serviços sob regulação, fluxos assistenciais formais e informais)

4. Qual é o papel e atuação da CAP na regulação de consultas, exames e procedimentos ambulatoriais?

Pontos a explorar: modo de entrada da CAP no processo regulatório, interação da CAP com serviços executantes, interação com central de regulação, interação com unidades de atenção primária, preparação dos médicos para regular/solicitar.

5. Como você avalia a regulação feita nas unidades de atenção primária descentralizada?

Pontos a explorar: modo de escolha e formação dos reguladores locais, acesso dos reguladores locais às ofertas do SISREG, atuação dos reguladores locais, semelhanças e diferenças entre unidades de atenção primária no processo de regulação, diferenças entre regulação centralizada e descentralizada, opinião sobre possível uso de cotas parametrizadas.

6. Você gostaria de falar algo que não foi abordado durante a entrevista?

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA – GERENTES DE UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Nome real:

Nome fictício:

Profissão:

Idade:

Tempo no cargo:

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Entrevistador:

1) Poderia nos falar como você se tornou gerente desta unidade?

2) Como é organizada a unidade em que você atua?

3) Como se dá o acesso a exames e consultas especializadas?

4) Como funciona a regulação na unidade?

(Pontos a explorar: Como é o fluxo da regulação? Quem faz regulação? Como se decidiu quem seriam os reguladores da unidade? O número de reguladores da unidade é suficiente?)

5) Qual é a sua atuação no processo de regulação?

6) Existe alguma diferença no agendamento de usuários de equipes com médico regulador?

(Pontos a explorar: solicitação feita com perfil de solicitante ou de regulador; monitoramento das listas de espera por equipe ou não)

7) Como você avalia a regulação descentralizada?

(Pontos a explorar: seria melhor se fosse centralizada? O que acharia se fossem estabelecidas cotas parametrizadas por unidade?)

8) Como você avalia a rede de saúde do Rio de Janeiro e da sua AP em particular?

9) Tem alguma coisa que você gostaria de falar que não foi abordada durante essa entrevista?

APÊNDICE D - ROTEIRO PARA ENTREVISTA – MÉDICOS REGULADORES LOCAIS

Nome real:

Nome fictício:

Profissão:

Idade:

Tempo no cargo:

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Entrevistador:

1. Como é organizada a unidade em que você atua?

2. Como você se tornou regulador?

(Pontos a explorar: Como foi a preparação para atuar como regulador?)

3. O que é regulação para você?

4. Como se dá o acesso dos usuários a exames e consultas especializadas?

(Pontos a explorar: consultas e exames sob regulação; fluxos formais e informais)

5. Como funciona a regulação na unidade?

(Pontos a explorar: Como é o fluxo da regulação? Quem faz regulação? Quem tem a senha de regulador?)

6. Como é a relação dos médicos que regulam com os que solicitam?

(Pontos a explorar: Qual a diferença entre quem é e quem não é regulador? Como é a interação entre reguladores e solicitantes? Como os solicitantes reagem quando uma solicitação é devolvida ou negada?)

7. Existe alguma diferença no agendamento de usuários de equipes com médico regulador?

(Pontos a explorar: solicitação feita com perfil de solicitante ou de regulador; monitoramento das listas de espera por equipe ou não)

8. Qual sua avaliação sobre a regulação descentralizada?

Pontos a explorar: seria melhor se fosse centralizada? O que acharia se fossem estabelecidas cotas parametrizadas por unidade?

9. Como você avalia a rede de saúde do Rio de Janeiro e da sua AP em particular?

10. Tem alguma coisa que você gostaria de falar que não foi abordado durante a entrevista?

APÊNDICE E - ROTEIRO PARA ENTREVISTA – MÉDICOS SOLICITANTES**Nome real:****Nome fictício:****Profissão:****Idade:****Tempo no cargo:****Data da entrevista:****Local da entrevista:****Entrevistador:**

- 1) Poderia nos falar sobre como você veio trabalhar nesta unidade?
- 2) Como é organizada esta unidade?
- 3) Como se dá o acesso dos usuários a exames e consultas especializadas?(Pontos a explorar: consultas e exames sob regulação; fluxos formais e informais)
- 4) Como funciona a regulação na unidade? (Pontos a explorar: Como é o fluxo da regulação? Quem faz regulação? Quem tem a senha de regulador? Como foi a preparação para atuar como solicitante?)
- 5) Como é a relação dos médicos que regulam com os que solicitam?(Pontos a explorar: Qual a diferença entre quem é e quem não é regulador? Como é a interação entre reguladores e solicitantes? Como os solicitantes reagem quando uma solicitação é devolvida ou negada?)
- 6) Existe alguma diferença no agendamento de usuários de equipes com médico regulador? (Pontos a explorar: solicitação feita com perfil de solicitante ou de regulador; monitoramento das listas de espera por equipe ou não)
- 7) Qual sua avaliação sobre a regulação descentralizada? (Pontos a explorar: seria melhor se fosse centralizada? O que acharia se fossem estabelecidas cotas parametrizadas por unidade?)
- 8) Como você avalia a rede de saúde do Rio de Janeiro e da sua AP em particular?
- 9) Tem alguma coisa que você gostaria de falar que não foi abordado durante a entrevista?

APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA – AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Nome real:

Nome fictício:

Profissão:

Idade:

Tempo no cargo:

Data da entrevista:

Local da entrevista:

Entrevistador:

1) Poderia explicar como é organizada a unidade em que você atua?

2) Você considera a sua unidade resolutiva? Poderia falar um pouco por quê?

3) Como é o acesso dos usuários dessa unidade a exames e consultas especializadas?

Pontos a explorar: Ações e Serviços sob regulação, fluxos assistenciais formais e informais)

4) Como funciona a regulação na unidade?

Pontos a explorar: Quem faz regulação; quem tem senha de SISREG; conversa sobre SISREG em reuniões e no dia a dia; usuários com solicitações feitas em outros serviços

5) Os ACS têm alguma função ou participação na regulação? Como isso é feito?

(Pontos a explorar: senha; entrega de marcações para usuários; diferenças entre equipes)

6) Você ou algum familiar seu já foi encaminhado para algum lugar pela regulação? Como foi? Como foi no serviço executante? Como foi no retorno à unidade solicitante?

7) Qual sua opinião sobre a regulação?

Pontos a explorar: (atuação da unidade no processo, tempos de espera, absenteísmo)

8) Tem alguma coisa que você gostaria de falar que não foi abordada durante essa entrevista?

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA GESTORES (ENTREVISTA)

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa denominada “Regulação do acesso à atenção especializada na atenção primária à saúde”, coordenada pelo pesquisador Eduardo Alves Melo, da Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca”, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

O objetivo geral do estudo é analisar a experiência de regulação ambulatorial na atenção básica do município do Rio de Janeiro. O convite para a sua participação se dá pelo entendimento de que a sua experiência pode contribuir para o entendimento de como se dá regulação ambulatorial na atenção básica do município do Rio de Janeiro. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o aprimoramento regulação ambulatorial na atenção básica do município do Rio de Janeiro.

Esclarecemos que sua participação é voluntária, cabendo a(o) senhor(a) a decisão de participar ou não. Portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Ainda que aceite participar do estudo, o (a) senhor (a) pode desistir do mesmo a qualquer momento. Caso decida não participar do estudo, ou resolva a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa, inclusive após a entrevista. Os contatos dos pesquisadores estão indicados no final deste termo.

Os riscos aos quais se expõem os participantes desta pesquisa referem-se a possíveis constrangimentos decorrentes das informações fornecidas. Há possibilidade de identificação do participante da pesquisa, tendo em vista o reduzido número e o cargo que ocupa. Neste sentido, serão adotadas medidas para eliminar ou diminuir tais riscos, visando garantir sigilo e privacidade das informações fornecidas. A entrevista poderá ser interrompida caso o participante sinta necessidade. O participante da pesquisa não será identificado nos materiais e publicações relacionados à pesquisa. As gravações serão armazenadas em local seguro e confiável, sendo o acesso às mesmas restrito aos pesquisadores. “Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado”. “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 e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)”.

Solicitamos a sua colaboração para participar de entrevista, com duração aproximada de 50 minutos, não envolvendo qualquer tipo de remuneração ou custo para o entrevistado. A entrevista será gravada se houver consentimento do participante. Ressalta-se que o participante da entrevista pode sair da mesma antes de ser finalizada, caso sinta necessidade. A entrevista poderá ser realizada no local de trabalho ou outro, observando a conveniência para o entrevistado bem como a não perturbação ao processo e ambiente de trabalho do entrevistado.

Este termo está redigido em duas vias com igual teor, ficando uma delas com o participante entrevistado. Todas as páginas devem ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

“Telefone e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863, E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br, <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

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

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

UF: RJ, Município: Rio de Janeiro , Telefone: (21)2215-1485,

site:www.prefeitura.rio/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa,

e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br”

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na pesquisa sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente de que receberei uma via desse documento.

Contato com o pesquisador responsável (Pesquisador da ENSP/FIOCRUZ):
E-mail: eduardo.melo@ensp.fiocruz.br e Telefone: (21)25982597

Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Regulação do acesso à atenção especializada na atenção primária à saúde” e concordo em participar.

- Autorizo a gravação (de voz) da entrevista.
 Não autorizo a gravação (de voz) da entrevista.

(Assinatura do participante da pesquisa)
Nome do participante:

APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PROFISSIONAIS (ENTREVISTA)

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa denominada “Regulação do acesso à atenção especializada na atenção primária à saúde”, coordenada pelo pesquisador Eduardo Alves Melo, da Escola Nacional de Saúde Pública “Sérgio Arouca”, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

O objetivo geral do estudo é analisar a experiência de regulação ambulatorial na atenção básica do município do Rio de Janeiro. O convite para a sua participação se dá pelo entendimento de que a sua experiência pode contribuir para o entendimento de como se dá regulação ambulatorial na atenção básica do município do Rio de Janeiro. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o aprimoramento regulação ambulatorial na atenção básica do município do Rio de Janeiro.

Esclarecemos que sua participação é voluntária, cabendo a(o) senhor(a) a decisão de participar ou não. Portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Ainda que aceite participar do estudo, o (a) senhor (a) pode desistir do mesmo a qualquer momento. Caso decida não participar do estudo, ou resolva a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário, em qualquer etapa da pesquisa, inclusive após a entrevista. Os contatos do pesquisador responsável estão indicados no final deste termo.

Os riscos aos quais se expõem os participantes desta pesquisa referem-se a possíveis constrangimentos decorrentes das informações fornecidas. Neste sentido, serão adotadas medidas para eliminar ou diminuir tais riscos, garantindo sigilo e privacidade das informações fornecidas. A entrevista poderá ser interrompida caso o participante sinta necessidade, podendo ser reagendada para outro momento ou cancelada se for o interesse do entrevistado. O participante da pesquisa não será identificado nos materiais e publicações relacionados à pesquisa. As gravações serão armazenadas em local seguro e confiável, sendo o acesso às mesmas restrito aos pesquisadores. “Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP e com o fim deste prazo, será descartado”. “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 e a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)”.

Solicitamos a sua colaboração para participar de entrevista com duração aproximada de 50 minutos, não envolvendo qualquer tipo de remuneração ou custo para o entrevistado. A entrevista será gravada se houver consentimento do entrevistado. Ressalta-se que a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento, caso o participante sinta necessidade, podendo depois ser reagendada ou cancelada. A entrevista poderá ser realizada no local de trabalho ou outro, observando a conveniência para o entrevistado bem como a não perturbação ao processo e ambiente de trabalho do entrevistado.

Este termo está redigido em duas vias com igual teor, ficando uma delas com o participante entrevistado. Todas as páginas devem ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

“Telefone e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863, E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br, <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

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

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

UF: RJ, Município: Rio de Janeiro , Telefone: (21)2215-1485,

site: www.prefeitura.rio/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa,

e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br / cepsmsrj@yahoo.com.br”

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na pesquisa sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente de que receberei uma via desse documento.

Contato com o pesquisador responsável (Pesquisador da ENSP/FIOCRUZ):

E-mail: eduardo.melo@ensp.fiocruz.br e Telefone: (21)25982597

Nome e Assinatura do Pesquisador – (pesquisador de campo)

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada “Regulação do acesso à atenção especializada na atenção primária à saúde” e concordo em participar.

- Autorizo a gravação (de voz) da entrevista.
 Não autorizo a gravação (de voz) da entrevista.

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante: