

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

MILENE DA SILVA DANTAS SILVEIRA

A stylized graphic featuring three human figures in shades of blue and green, representing a family. The figures are composed of simple shapes: a large blue figure at the top, a smaller blue figure in the middle, and a green figure at the bottom. They are surrounded by several thick, orange, curved lines that sweep across the scene, suggesting movement or a protective embrace. The text 'REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA' is overlaid on the central part of the graphic.

**REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CAMPO GRANDE
2016**

MILENE DA SILVA DANTAS SILVEIRA

**REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Dra. Luiza Helena de Oliveira
Cazola

**CAMPO GRANDE
2016**

MILENE DA SILVA DANTAS SILVEIRA

**REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

A banca examinadora, após a avaliação do trabalho, atribuiu ao candidato o conceito _____.

Campo Grande, 24 de fevereiro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

NOTA/CONCEITO

Profa. Dra. Luiza Helena de Oliveira Cazola
CCBS/UFMS - orientadora

Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki
CCBS/UFMS

Prof. Dr. Joaquim Dias da Mota Longo
CCBS/UFMS

DEDICATÓRIA

Ao meu filho Felipe, razão de todo meu viver;

*Ao meu marido Marcelo, por seu companheirismo e
parceria na profissão e na vida;*

*Aos meus pais Osvaldo e Ornélia, e ao meus irmãos
Michele e Lucas, que sempre incentivaram-me nos
estudos;*

*À minha orientadora, à Profa. Dra. Luiza Helena de
Oliveira Cazola, minha professora desde os tempos
da graduação, por seu carinho, sua dedicação
incansável, por ter acreditado em mim e ajudado na
finalização de mais esta etapa.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos funcionários da Unidade de Saúde Jardim Botafogo, pelo apoio, compreensão e colaboração nos momentos de ausência nas atividades da equipe;

Aos colegas do curso que compartilharam seus conhecimentos e experiências;

À Profa. Dra. Sônia Maria Oliveira de Andrade, por sua colaboração e atenção nos momentos de dúvidas, na estruturação desta dissertação;

Ao Prof. Dr. Edson Mamoru Tamaki, colaborador importante com suas reflexões, sempre enxergando além daquilo que conseguimos ver;

Aos colegas médicos da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, que colaboraram aceitando participar da pesquisa.

EPÍGRAFE

*“O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza
dos seus sonhos”*

Eleanor Roosevelt

RESUMO

O aumento das demandas em saúde voltadas às doenças crônicas e a necessidade de mudanças na organização do sistema de saúde em forma de redes de atenção destacam a Atenção Primária à Saúde ocupando posição central na assistência e coordenação do cuidado e têm na regulação dos serviços de saúde um importante instrumento na gestão dos fluxos. Este estudo tem por objetivo caracterizar a regulação do acesso à atenção especializada referente às demandas da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Campo Grande, MS. Tomaram-se como variáveis de interesse a caracterização dos principais profissionais envolvidos no processo regulatório (os médicos inseridos na ESF e na Central de Regulação) quanto a experiência profissional, tipo de vínculo empregatício e capacitações realizadas; o modo como se dá o processo regulatório em relação à utilização de protocolos; a comunicação entre os profissionais de ambos os serviços; e possíveis dificuldades. Os dados primários foram coletados por meio de dois questionários semiestruturados aplicados a 53 médicos da ESF e 21 médicos reguladores. Os resultados indicaram rotatividade desses profissionais em ambos os serviços, bem como vínculo empregatício frágil, especialmente para os médicos da ESF. Em ambos os grupos estudados, observou-se necessidade de melhorar a capacitação específica para o desempenho da função, com maior ênfase para os médicos reguladores. Sobre a utilização dos protocolos de acesso, os resultados se contradizem. Os médicos da ESF informam conhecê-los e utilizá-los na maior parte das vezes, porém, segundo os médicos reguladores, o não cumprimento das exigências dos protocolos constitui o principal motivo de devolução dos encaminhamentos para adequações. Ambos veem no aumento do número de vagas para consultas especializadas a principal medida para a melhoria do acesso à atenção especializada. A melhoria da gestão da clínica em seus respectivos serviços foi a medida menos apontada. O estudo mostrou a necessidade de maiores investimentos em capacitação e valorização dos profissionais, com melhores condições de trabalho e incentivo à educação continuada e permanente.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Regulação e fiscalização em Saúde. Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

The growing healthcare burden of chronic diseases and the need to reorganize the healthcare system into healthcare networks highlight the central role played by Primary Health Care in assistance and care coordination in Brazil. In this setting, the regulatory oversight of health services is an important tool for managing demand flows. The purpose of this study was to characterize the regulation of access to specialized care provided under the Family Health Strategy (FHS) in Campo Grande county, Mato Grosso do Sul state. The following variables were investigated: characterization of the principal professionals involved in the regulatory process (physicians engaged with the FHS and the Demand-flow Regulation Center) with regard to professional experience, type of employment contract, and training programs attended; use of protocols in the regulatory process; communication between the two services; and difficulties experienced. Primary data were collected using two semi-structured questionnaires applied to 53 FHS physicians and 21 counterparts performing regulatory functions. The results revealed high physician turnover at both services, as well as weak contractual relationship, particularly for FHS professionals. In both groups, a need was perceived for improving specific skills to meet current assignments, especially among professionals with regulatory functions. Conflicting results were found for the use of access protocols—*i.e.*, FHS physicians reported being familiar with protocols and employing these in most referral situations, while professionals working at the Regulatory Center described non-compliance with protocols as the main reason for returning referral forms for amendments. Both groups regarded an increase in the availability of patient appointments with specialists as the most urgent step toward facilitating access to specialized care. Improvements in clinical management was the measure least reported by both groups. The results revealed that heavier investment in training programs and recognition of these professionals is required, including improved working conditions and incentives for continued and permanent education.

Keywords: Family Health Strategy. Health Care Coordination and Monitoring. Health Services Accessibility.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	13
Figura 2 –	Estrutura operacional das redes de atenção à saúde.....	14
Figura 3 –	Esquema ilustrativo da REMUS de Campo Grande, MS.....	16
Figura 4 –	Estrutura organizacional da SESAU de Campo Grande, MS.....	17

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1 –	Caracterização dos profissionais médicos da ESF. Campo Grande, MS, 2015.....	44
Tabela 2 –	Percepção da regulação do acesso pelo médico da ESF. Campo Grande, MS, 2015.....	45
Tabela 3 –	Ato regulatório pelo médico da ESF. Campo Grande, MS, 2015.....	46
Tabela 4 –	Principais motivos de devolução dos encaminhamentos dos médicos da ESF. Campo Grande, MS, 2015.....	47
Tabela 5 –	Medidas para melhorar a regulação do acesso à atenção especializada. Campo Grande, MS, 2015.....	48

ARTIGO 2

Tabela 1 –	Caracterização profissional do médico regulador. Campo Grande, MS, 2015.....	54
Tabela 2 –	Processo de trabalho do médico regulador. Campo Grande, MS, 2015.....	55
Tabela 3 –	Percepção do médico regular acerca da regulação realizada pelo médico da ESF. Campo Grande, MS, 2015.....	57
Tabela 4 –	Principais motivos de devolução dos encaminhamentos dos médicos reguladores. Campo Grande, MS, 2015.....	58
Tabela 5 –	Medidas para melhorar a regulação do acesso à atenção especializada. Campo Grande, MS, 2015.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CI	Curso Introdutório
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CR	Central de Regulação
CRS	Centro Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
MFC	Medicina de Família e Comunidade
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REMUS	Rede Municipal de Saúde de Campo Grande
SESAU	Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande
SISREG	Sistema de Informação em Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1 Atenção Primária à Saúde	11
2.2 Redes de Atenção à Saúde	12
2.2.1 Atenção Primária à Saúde como coordenadora e ordenadora da RAS	13
2.3 A Estratégia Saúde da Família no Brasil	14
2.3.1 A Rede Municipal de Saúde e a Estratégia Saúde da Família em Campo Grande, MS	15
2.3.2 O médico na ESF	16
2.4 A regulação do acesso à assistência em saúde no Brasil	18
2.4.1 Regulação do acesso à atenção especializada em Campo Grande	20
2.4.2 O médico regulador	22
3 OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo geral	24
3.2 Objetivos específicos	24
4 METODOLOGIA	25
4.1 Tipo, local e período	25
4.2. Variáveis de interesse para o estudo	25
4.3 População pesquisada	25
4.4 Instrumentos/procedimentos de coleta de dados	25
4.5 Procedimentos para análise dos dados	26
4.6 Aspectos éticos	26
5 RESULTADOS	27
6 ARTIGOS	28
6.1 ARTIGO 1	28
6.2 ARTIGO 2	49
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA O MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	75
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA O MÉDICO REGULADOR	78
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	81
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE PARA COLETA DE DADOS	82
ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	83
ANEXO C – LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE CONSULTA ESPECIALIZADA	86

1 INTRODUÇÃO

Com o crescimento e envelhecimento da população, somado ao maior poder de acesso à informação, as demandas por serviços de saúde crescem em um ritmo superior ao da carta de serviços ofertada pelo Estado no sistema de saúde vigente. Neste sentido, organizar os fluxos e racionalizar a oferta tornou-se essencial para a organização das redes de atenção à saúde, papel este desempenhado pela regulação em saúde do SUS.

Entretanto, regulação vai além da gestão. O processo regulatório é algo complexo, que demanda conhecimento tanto clínico quanto técnico. É importante conhecer os caminhos, as redes de atenção, protocolos de fluxos e de encaminhamentos. Regular é também manejar o usuário nas redes de atenção, sendo, portanto, instrumento indispensável na coordenação do cuidado, também chamada de microrregulação, função importante da atenção primária.

Com a nova concepção de sistema de saúde, estruturado na forma de Redes de Atenção, a Atenção Primária à Saúde assume papel determinante na produção da saúde e na coordenação do cuidado, com maior capacidade resolutiva, de modo integrado aos demais níveis de atenção.

Por se tratar de algo recente na prática médica, a regulação do acesso costuma trazer dificuldades no seu manejo, às vezes conflito entre serviços e/ou profissionais que fazem parte desse processo.

A má prática regulatória retarda o acesso dos usuários aos serviços de saúde acarretando prejuízos à integralidade do seu cuidado. Para o adequado funcionamento das redes de atenção, visando cuidado em tempo e lugar oportunos, é preciso que os diversos setores da saúde atuem de forma coordenada e integrada, sendo, portanto, relevante o conhecimento e a boa prática regulatória, sobretudo pelo médico, principal profissional envolvido no processo.

Pretende-se com este estudo conhecer como se dá a regulação do acesso, especificamente a relação entre Estratégia de Saúde da Família e o serviço de regulação do acesso à atenção especializada no município de Campo Grande, a fim de subsidiar gestores para a reorganização de ações que possibilitem minimizar o tempo de espera por atendimento especializado.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Atenção Primária à Saúde

De acordo a Constituição Federal (BRASIL, 1988) a saúde é um direito de todo cidadão brasileiro e deve ser garantido pelo Estado.

Na tentativa de cumprir este dever, o Estado instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei n. 8080, que dispõe sobre a política de saúde pública do país, com base em princípios como universalidade do acesso aos serviços, integralidade da assistência, preservação da autonomia das pessoas, igualdade de assistência à saúde, participação da comunidade, dentre outros, no intuito de garantir assistência por intermédio de ações de promoção, recuperação e proteção da saúde (BRASIL, 1990).

Todos os níveis de atenção à saúde são importantes no processo de garantia da assistência, entretanto é na Atenção Primária à Saúde (APS) que esta garantia tem maiores chances de estabelecer-se e fortalecer-se, uma vez que sustenta-se em princípios que complementam ou mesmo coincidem com os princípios do SUS, sendo eles a acessibilidade (porta de entrada para o serviço de saúde), longitudinalidade (responsabilidade pela saúde dos indivíduos ao longo do tempo), integralidade (cuidados contínuos e articulados com ações e serviços, individuais e coletivos, incluindo encaminhamentos a outros níveis de atenção quando necessário) e a coordenação do cuidado. Quando bem desenvolvida e estruturada, a APS torna-se uma resposta às necessidades de saúde da população (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004).

Com as mudanças relativas às demandas e necessidades da população, bem como o aumento da prevalência das doenças crônicas, vêm tomando-se importantes medidas que visem à melhoria do cuidado, com ações pró-coordenação apoiadas no fortalecimento da APS (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Espera-se da APS alta resolutividade. Estima-se que 80% dos problemas de saúde da população possam ser resolvidos neste nível de atenção, e desta porcentagem, somente 3 a 5% dos casos necessitariam ser encaminhados para outros níveis assistenciais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978). Maior resolutividade implica reduzir demandas para outros níveis de atenção, especialmente os de maior complexidade, o que reduziria os gastos públicos que poderiam ser

reservados a procedimentos de fato necessários (MERHY; FRANCO; MAGALHÃES, 2004). Esse impacto é muito bem demonstrado num estudo realizado por Barbara Starfield (2002) em 1994, no qual comparou a assistência à saúde em 12 países industrializados e concluiu que, quanto maior a inclinação do país para uma assistência predominantemente primária, melhores eram seus indicadores de saúde.

2.2 Redes de Atenção à Saúde

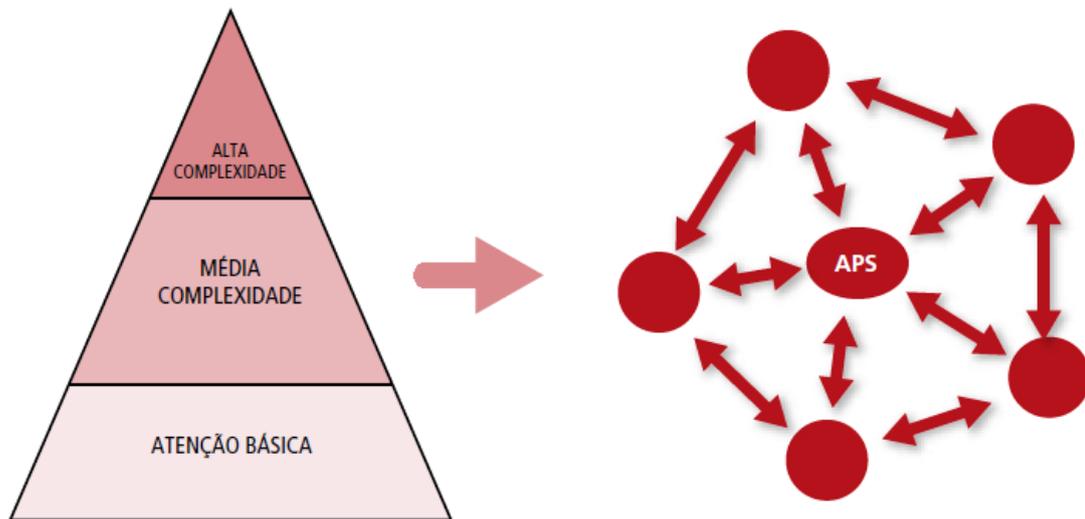
Para que se atinja alta resolutividade é necessário, dentre os vários fatores que a determinam, haver assistência efetivamente integral e coordenação do cuidado. Entende-se integralidade, como a articulação entre os níveis de complexidade do sistema, apoiada em ações tanto individuais quanto coletivas por meio de serviços preventivos e curativos, conforme exigido em cada caso (BRASIL, 1990) e coordenação do cuidado, a gerência de todo o atenção e fluxo dos usuários nas redes de atenção, a partir de projetos terapêuticos individualizados (BRASIL, 2011).

Surge então um novo e importante conceito, o de Redes de Atenção à Saúde (RAS), na qual os serviços de saúde atuam com objetivo comum, de forma cooperativa e independente, tendo como ponto central a APS, no intuito de prestar à população assistência integral, humanizada e equânime no tempo e lugar mais oportuno às necessidades do usuário, com qualidade (MENDES, 2011).

Nessa nova concepção, a assistência à saúde deixa de ser hierarquizada, sob a forma de pirâmide, na qual a atenção básica ocupa a base e a alta complexidade o topo, no sentido verticalizado para a formação de redes policêntricas e horizontais cujo eixo principal é a APS (Figura 1) (MENDES, 2011).

A RAS é constituída por três elementos: população, modelo de atenção e estrutura operacional. Esta última apresenta cinco componentes: 1) APS, centro de toda comunicação da rede, 2) pontos de atenção secundário e terciário; 3) sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação); 4) sistemas logísticos (cartão de identificação do usuário, prontuário clínico, sistemas de regulação do acesso, sistemas de transporte em saúde) e 5) governança (responsável pelo gerenciamento e financiamento da RAS) (MENDES, 2011) (Figura 2).

Figura 1 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011)

2.2.1 Atenção Primária à Saúde como coordenadora e ordenadora da RAS

Muito se espera da APS como centro das RAS, porém a realidade da atenção oferecida por ela está bem aquém do vislumbrado. Dentre os fatores que impedem um bom desempenho da APS encontram-se uma oferta reduzida de serviços, que não suporta a demanda, profissionais sobrecarregados, impotência das equipes de saúde frente aos problemas sociais (CECÍLIO, 2012); soma-se ainda a ideia de atenção primária, tanto para parte dos usuários como por componentes da própria equipe, como local de serviços básicos, de baixa complexidade, subordinado aos serviços de média e alta complexidade, muitas vezes fazendo papel de triador para os demais níveis de atenção (CECÍLIO *et al.*, 2012).

A Organização Pan-Americana da Saúde (2011) propõe o fortalecimento da APS, sobretudo nos níveis federal e estaduais, especialmente, no quesito financiamento, investindo em infraestrutura adequada, aumentando adensamento tecnológico da APS.

O investimento no recurso humano é fator determinante na consolidação da APS. É necessária a implantação de equipes de fato multiprofissionais, dispostas de educação permanente, com valorização da capacitação, que deve iniciar-se desde a graduação, garantindo ainda melhores condições de trabalho e de remuneração (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Mesmo com os obstáculos à consolidação da APS, esta deve colocar-se como centro de comunicação da RAS, coordenando fluxos e contra fluxos do sistema de saúde, uma vez que é neste nível de atenção que se dá o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema. É responsável pela promoção de comportamentos e estilos de vidas saudáveis, preconizando participação institucionalizada da sociedade, o uso racional de tecnologias e medicamentos, uso de menor densidade tecnológica, porém, com maior complexidade, promovendo articulação com os demais níveis de atenção (MENDES, 2011).

Figura 2 – Estrutura operacional das redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011)

Nota: RT são redes temáticas, por exemplo, rede de atenção à saúde da mulher.

2.3 A Estratégia Saúde da Família no Brasil

No Brasil, a APS iniciou-se com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), inicialmente chamada de Programa de Saúde da Família, implantada em 1994, a partir da Portaria nº 692 do mesmo ano (BRASIL, 1994). Em 2006, com a Portaria nº 648, normatiza-se a Atenção Básica (AB), nomenclatura utilizada para referir ao nível primário de atenção, definindo suas diretrizes, normas e financiamento (BRASIL, 2006). Em 2011,

a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) passa a considerar AB e APS como termos equivalentes (BRASIL, 2011).

A ESF vem reformular o modelo de atenção, reorientando o processo de trabalho através de equipes multiprofissionais, expandindo e aprofundando os princípios da atenção básica, ampliando a resolutividade e com maiores chances de efetivamente produzir impacto na situação de saúde dos indivíduos e comunidades, bem como vem propiciar uma relação custo-efetividade considerável (BRASIL, 2011).

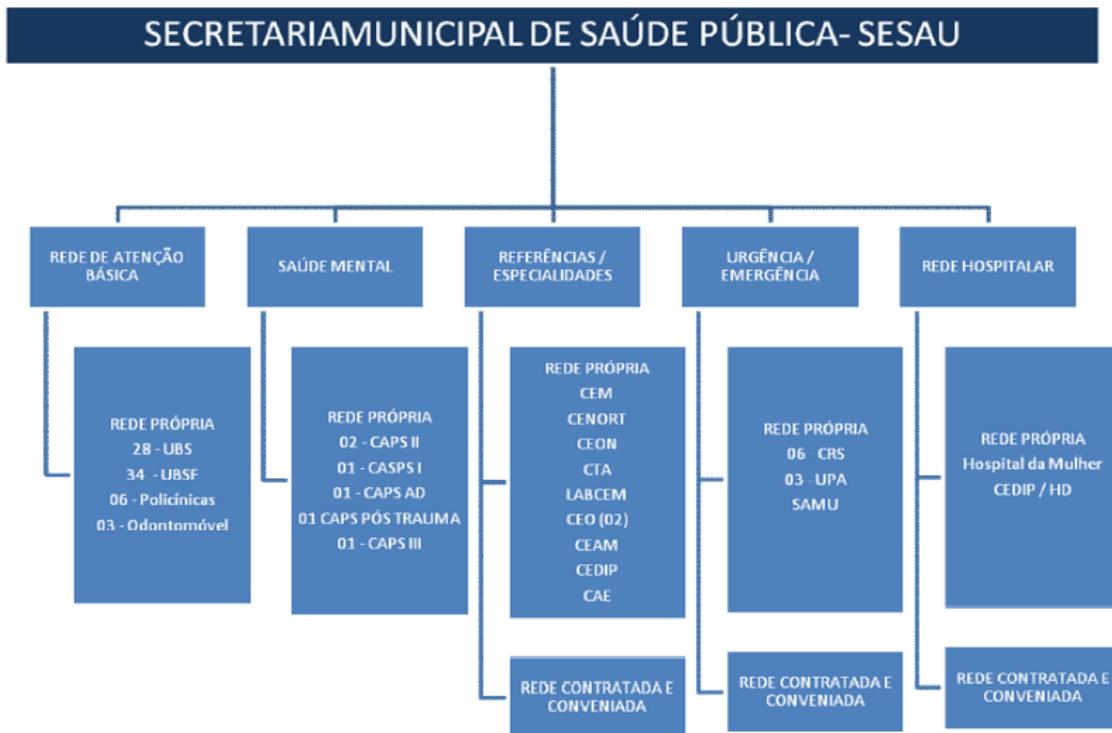
As equipes são compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser acrescentado a esta composição cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal. Cada ACS é responsável por, no máximo 750 pessoas e cada equipe pode ter até 12 ACS, não devendo ultrapassar o limite máximo de pessoas por equipe que é de 4.000 indivíduos, conforme o estabelecido pela PNAB (BRASIL, 2011).

2.3.1 A Rede Municipal de Saúde e a Estratégia Saúde da Família em Campo Grande, MS

A rede municipal de saúde de Campo Grande (REMUS) conta com 86 equipes de saúde da família, distribuídas em 34 unidades, representada por uma cobertura de 35,19% da população, com perspectiva de aumento, conforme o Plano de Expansão da Estratégia Saúde da Família do município (CAMPO GRANDE, 2013).

Campo Grande está dividida geograficamente em quatro distritos sanitários, que dispõem de serviços de atenção primária, especializada e hospitalar, conforme ilustrado na Figura 3.

Figura 3 - Esquema ilustrativo da REMUS de Campo Grande, MS



Fonte: Campo Grande (2013)

2.3.2 O médico na ESF

O Ministério da Saúde propõe que o profissional médico que venha a atuar em uma equipe da ESF, seja médico generalista, especialista em saúde da família ou médico da família e comunidade (BRASIL, 2011).

Cabe fazer uma diferenciação sobre as nomenclaturas atribuídas às especialidades médicas de acordo o órgão regulador da profissão, o Conselho Federal de Medicina, que denomina médico generalista aquele que não possui título de especialista conferido por sociedade de especialidade médica credenciada à Associação Médica Brasileira ou obtido após conclusão de Residência Médica credenciada e reconhecida pelo Ministério da Educação e Cultura; clínico geral é especialista em Clínica Médica e médico de família é o especialista em Medicina da Família e Comunidade (MFC) (SCHEEFER, 2013).

A MFC é uma especialidade médica, que atende a todas as idades, ambos os sexos, independente da necessidade em saúde, de forma contínua, integral para pessoas, famílias e comunidades, sendo este profissional com formação para a APS (LOPES, 2012). A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2006,

p. 2) considera o médico de família como: “O médico de família é o especialista em pessoas...Em pessoas e na família...”

Segundo Lopes (2012), são quatro os princípios que regem a especialidade:

- a) o médico de família e comunidade deve ser um clínico qualificado;
- b) a atuação do médico de família e comunidade deve ser influenciada pela comunidade;
- c) o médico de família e comunidade deve favorecer o acesso das pessoas ao serviço de saúde;
- d) deve pautar-se numa boa relação médico - paciente.

No Brasil há 4.022 médicos de família e comunidade, com idade média de 41,4 anos, com maior concentração nos estados do Sul e Sudeste e, em alguns estados do Nordeste, com destaque para Pernambuco. Mato Grosso do Sul conta com 4.776 médicos, porém apenas 36 são especialistas em MFC (SCHEEFER, 2015)

Apesar do incentivo do Ministério da Saúde para o aumento de vagas em residência médica de MFC, a sua procura é reduzida. Não há atrativos para a especialização nessa área, não há diferenciação estabelecida pelo governo entre os profissionais com e sem especialização em MFC, diferentemente dos países da Europa onde a MFC possui papel central desde o ensino de graduação (RODRIGUES *et al.*, 2013).

São atribuições específicas do profissional médico que atua na ESF, promover atenção à saúde dos indivíduos sob sua responsabilidade, atendendo tanto a demanda espontânea quanto à programada através de consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, ações de promoção e prevenção voltadas à grupos na unidade de saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários; realizar atividades de educação permanente junto à equipe; encaminhar para outros pontos de atenção quando for o caso, respeitando fluxos, porém mantendo sua responsabilidade pelo plano terapêutico do usuário, de forma compartilhada, isto é, coordenar o cuidado (BRASIL, 2011).

Após uma revisão de literatura internacional, McDonald *et al.* (2007) definiram coordenação do cuidado como uma organização das ações em saúde entre os participantes da ação, incluindo o paciente, a fim de proporcionar a prestação adequada dos serviços de saúde, o que envolve grupos de profissionais de saúde e o uso dos recursos necessários para a promoção da atenção, muitas vezes apoiados nas trocas de informações entre os sujeitos do processo.

No Brasil, coordenar o cuidado tem um sentido mais amplo. Significa articular os serviços, de modo a promover o acesso à assistência à saúde conforme a necessidade do usuário, de modo equânime, oportuno e contínuo (ALMEIDA *et al.*, 2010; CECILIO *et al.*, 2012), sendo necessária a cooperação entre os atores envolvidos (gestores, profissionais de saúde, prestadores), o que possibilitaria, conforme Hartz e Contandriopoulos (2004), um “sistema sem muros”.

Entretanto, promover a articulação entre os serviços de saúde tornou-se um grande desafio, uma vez que os diversos níveis de atenção estão organizados e financiados com base em normatizações que se apresentam distantes da ideal, na qual o usuário se vê a mercê de um sistema em descompasso com as suas reais necessidades (CECILIO, 2012).

Segundo Almeida *et al.* (2010), além da territorialização dos serviços, adscrição de clientela, equipes de especialistas como apoio à APS e informatização de histórias clínicas, as centrais de marcação de consultas podem ser apontadas como estratégias importantes para integração dos sistemas de saúde.

2.4 A regulação do acesso à assistência em saúde no Brasil

Para se organizar o fluxo do usuário nas redes de atenção existe a microrregulação e a macrorregulação. A microrregulação, ou regulação assistencial é a regulação na prática do acesso, enquanto a macrorregulação a gestão, são políticas públicas voltadas à regulação do acesso (SANTOS; MERHY, 2006).

Regular, no setor saúde, significa elaborar normatizações que venham facilitar ou limitar o acesso a procedimentos ou serviços de saúde, bem como fiscalizar, controlar e auditar que tais normatizações sejam cumpridas, não resumindo-se ao ato de regulamentar (MENDONÇA; REIS; MORAIS, 2006).

Desde 2001, já se formulavam dispositivos legais que dispunham sobre a regulação do acesso com a publicação da NOAS-SUS 01/2002, que propõe a implantação de complexos reguladores, que são responsáveis pela regulação das urgências, consultas e leitos, no intuito de garantir o acesso aos serviços de saúde com organização de fluxos de referência e contra-referência, de modo equânime, ordenado, oportuno e qualificado (BRASIL, 2002).

Nesse sentido foi instituída a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde em 2008, cujas ações estão organizadas em três dimensões de atuação:

Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde, Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2008).

A Regulação de Sistemas de Saúde é responsável pela definição de macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde. Participam dela as Secretarias de Saúde das três esferas de governo, responsáveis pela elaboração de normas e diretrizes, planejamento financeiro, auditoria, avaliação, monitoramento da atenção e assistência à saúde (BRASIL, 2008).

Já a Regulação da Atenção à saúde é executada pelas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, responsáveis pelo estabelecimento de macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência. Atua garantindo a prestação de serviços necessária à população, por meio de contratualizações de serviços de saúde, Programação Pactuada Integrada (PPI), elaboração de protocolos de regulação, dentre outros (BRASIL, 2008).

A Regulação do Acesso à Assistência, é efetivada pela disponibilização da assistência conforme a necessidade do usuário, por meio de atendimentos de urgência, consultas, leitos e outros, por intermédio de regulação médica da atenção tanto pré-hospitalar, quanto hospitalar às urgências; controle de leitos, consultas e procedimentos especializados e utilização de protocolos assistenciais que padronizam as solicitações (BRASIL, 2008).

Cecílio (2012) propõe uma segunda classificação para o processo de regulação. A regulação do acesso, no seu sentido formal e legal, seria a regulação governamental, existindo concomitantemente a regulação informal entre profissionais de saúde; a clientelística-eleitoreira, na qual o uso do poder político na regulação do acesso teria fins eleitoreiros e a regulação leiga, que seria aquela praticada pelo usuário quando este, por conta própria, busca e acessa os serviços.

A regulação do acesso pode constituir-se de instrumento de gestão das filas, identificando os nós críticos, as necessidades de saúde, subsidiando gestores para a tomada de decisão, adequando-se às peculiaridades locais (VILARINS, 2010).

Um dos desafios à implementação da regulação é dispor de um sistema de informação que viabilize o processo regulatório e supra as necessidades da gestão; o outro seria, padronizar protocolos e fluxos, importando aí a relação entre gestores e prestadores (VILARINS, 2010).

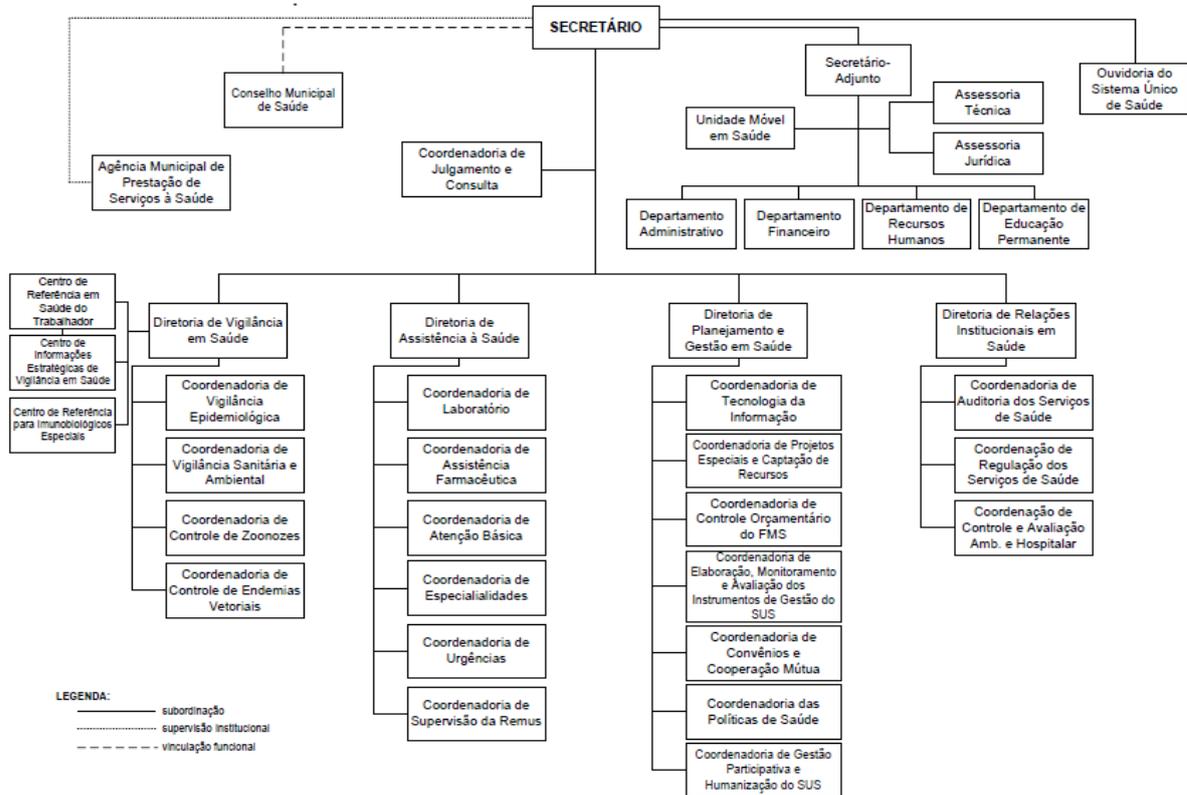
A regulação pode ter um caráter protetivo quando impede fraude, ou racionalizador, quando instrumento no equilíbrio entre demanda e oferta. No entanto, muitas vezes apresenta caráter impositivo (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERRES, 2012).

Para operacionalizar este processo foram criados os Complexo Reguladores, formados normalmente por centrais de regulação de urgência e emergência, atenção especializada e de procedimentos, de leitos (FERREIRA *et al.*, 2010). Além disso, necessita de um sistema de informação para gestão das informações. Dentre eles existe o Sistema de Informação em Regulação (SISREG), fornecido pelo Ministério da Saúde, utilizados por alguns municípios como Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória, que permite monitoramento das filas (ALMEIDA *et al.*, 2010) e também por Campo Grande (CAMPO GRANDE, 2013).

2.4.1 Regulação do acesso à atenção especializada em Campo Grande

A Coordenação de Regulação de Serviços de Saúde ou Central de Regulação (CR) de Campo Grande é subordinada à Diretoria de Relações Institucionais em Saúde da SESAU, juntamente com as Coordenadorias de Auditoria, Controle e Avaliação, conforme apresentado na Figura 4 (CAMPO GRANDE, 2013).

Figura 4 - Estrutura organizacional da SESAU de Campo Grande, MS



Fonte: Campo Grande, 2014a

A regulação do acesso do nível ambulatorial à especializada é realizada por médicos reguladores, com base em protocolos, que são diretrizes médicas dirigidas aos profissionais, com orientações e sugestões, conforme a especialidade referenciada, servindo também, para auxiliar na classificação das prioridades (CAMPO GRANDE, 2014b).

Como já citado, o sistema de informação utilizado em Campo Grande é o SISREG, que permite regular e autorizar os procedimentos realizados pelos médicos reguladores (CAMPO GRANDE, 2014b).

A CR sugere que a referência à atenção especializada seja realizada quando tiverem sido esgotados todos os recursos técnicos disponíveis na APS, e que os protocolos não limitem os encaminhamentos aos serviços de referência. No caso de inexistência de protocolo específico para o encaminhamento solicitado, será avaliado

pelo médico regulador, podendo ser discutido com o médico solicitante, para posterior agendamento, se necessário (CAMPO GRANDE, 2014b).

Segundo a mesma fonte, ao referenciar o usuário para a atenção especializada, o médico solicitante deve utilizar ficha de solicitação específica para este fim, conforme apresentado em Anexo, e atentar-se aos seguintes critérios:

- a) identificação do paciente;
- b) CID-10 compatível com a história clínica descrita;
- c) descrição sucinta da história clínica contendo tempo de evolução, exame físico, evolução clínica;
- d) descrição lesões e outros achados pertinentes;
- e) informação sobre resultados de exames complementares efetuados (normais ou alterados);
- f) tratamento(s) realizado(s);
- g) medicamento(s) em uso;
- h) motivo do encaminhamento;
- i) outras observações pertinentes ao encaminhamento.

2.4.2 O médico regulador

A função de médico regulador é regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina (2003) apenas no âmbito pré-hospitalar, isto é, regulação médica das urgências, não estando ainda estabelecidas as regulamentações acerca do exercício da regulação médica em outros níveis assistenciais. Entretanto, algumas normas e competências podem ser consideradas universais ao exercício do processo regulatório, sendo estes:

- a) Ser capaz de julgar e decidir a gravidade de um caso, sendo responsável pelo monitoramento e orientação do atendimento para outro profissional de saúde e definir o serviço de referência necessário;
- b) Correto preenchimento de fichas médicas de regulação;
- c) Seguimento de protocolos assistenciais consensuados e normatizados;
- d) Submeter-se a capacitação específica e habilitação formal para a função;
- e) Deverá manter-se nos limites do sigilo e da ética médica;

- f) Realizar análise da demanda, classificação ou estratificação das prioridades, determinação do local de destino do paciente, orientação telefônica;
- g) Realizar, nos aspectos inerentes à sua profissão, controle de qualidade do serviço;
- h) Deve dispor de meios necessários para o exercício da função, tanto recursos humanos quanto equipamentos.

Em Campo Grande, não está estabelecida a função de médico regulador, sendo esta exercida por médicos plantonistas da REMUS num total de 19 profissionais (DATASUS, 2014).

Não é conhecido o contexto da regulação na atenção básica em Campo Grande, o que motivou a realização deste estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar a regulação do acesso à atenção especializada referente às demandas da Estratégia Saúde da Família no município de Campo Grande, MS.

3.2 Objetivos específicos

- a) caracterizar o profissional médico e o contexto regulatório na ESF
- b) caracterizar o profissional médico e seu processo de trabalho na central de central de regulação de consultas e exames especializados
- c) investigar a dinâmica do funcionamento da regulação do acesso à atenção especializada

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo, local e período

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, realizado no município de Campo Grande (MS), no ano de 2015.

4.2. Variáveis de interesse para o estudo

Para que os objetivos pudessem ser alcançados, algumas variáveis foram selecionadas:

- a) com relação a caracterização do profissional médico que atua na equipe das unidades de ESF e o regulador quanto a: experiência profissional, tipo de vínculo empregatício e capacitações realizadas;
- b) com relação à regulação do acesso à atenção especializada: utilização de protocolos, frequência de encaminhamentos autorizados, comunicação entre o médico da ESF e o serviço de regulação, possíveis dificuldades.

4.3 População pesquisada

Foram convidados a participar todos os profissionais que atuam nesses serviços há pelo menos 6 meses, pois é necessário um tempo mínimo de experiência, para que se possa avaliar a sua inserção nos serviços incluídos na pesquisa.

Foram excluídos aqueles que estavam de férias ou qualquer outro tipo de afastamento, e os que se recusaram a participar do estudo.

No momento da pesquisa a ESF de Campo Grande contava com 89 médicos, dos quais 17 não atenderam aos requisitos de no mínimo de seis meses de atuação na ESF, estavam de férias ou de licença médica. Dos 72 médicos restantes, 53 (73,6%) aceitaram participar. Já a CR dispunha de 27 médicos reguladores, dos quais seis não atendiam aos requisitos mínimos. Todos os 21 regulados que atendiam aos critérios de inclusão aceitaram participar da pesquisa.

4.4 Instrumentos/procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de junho e julho de 2015 por meio de dois questionários estruturados, elaborados pela pesquisadora, que compõem os Apêndices A e B.

Para sua aplicação, foi realizado contato prévio via telefone da pesquisadora com os médicos, para agendamento do local e horário, de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

Todos os médicos da ESF e reguladores que aceitaram participar da pesquisa, previamente à aplicação do questionário, foram informados sobre o estudo, seus objetivos, a metodologia utilizada, inexistência de riscos atuais ou potenciais, benefícios previstos, o motivo de sua escolha como participante, seguida da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice C.

4.5 Procedimentos para análise dos dados

Foi desenvolvido um banco de dados em uma planilha eletrônica Excel®, a partir dos resultados encontrados conforme as variáveis de interesse, os quais foram processados e analisados com utilização de estatística descritiva por meio do *software* iText® versão 2.1.2 e apresentados em forma de tabelas.

4.6 Aspectos éticos

Por tratar-se de pesquisa de dados primários, sendo participantes os médicos da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande (SESAU), foi solicitada autorização junto à mesma para a realização da coleta de dados (Anexo A), a qual foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do Protocolo nº 1.045.233 (Anexo B), em observância aos pressupostos da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa estão apresentados sob forma de dois artigos, referentes aos objetivos específicos estabelecidos.

O primeiro estudo visa caracterizar os profissionais médicos que atuam em equipes da Estratégia Saúde da Família de Campo Grande - MS e conhecer como se dá o processo de regulação neste nível de atenção. Esse estudo deu origem ao artigo intitulado: “Estratégia Saúde da Família: contexto profissional e o processo regulatório” o qual foi submetido à Revista de Saúde Pública da USP.

O segundo estudo, intitulado: “Regulação do acesso da atenção primária à especializada: perspectiva do médico regulador”. Este estudo propôs-se a caracterizar os profissionais médicos que atuam na central de regulação e exames especializados de Campo Grande - MS e conhecer a ação regulatória realizada por estes profissionais. Este artigo será enviado para a revista Ciência & Saúde Coletiva.

Ambos artigos obedecem às normas dos periódicos para o qual serão enviadas.

6 ARTIGOS

6.1 ARTIGO 1

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONTEXTO PROFISSIONAL E O PROCESSO REGULATÓRIO

Milene da Silva Dantas Silveira^I
Luiza Helena de Oliveira Cazola^{II}
Albert Schiaveto de Souza^{III}

^I Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (milenedantas@yahoo.com.br)

^{II} Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (luizacazola@gmail.com)

^{III} Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (albertss@hotmail.com)

RESUMO

OBJETIVO: Caracterizar o profissional médico e o processo regulatório na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODOS: Estudo transversal realizado em 2015 em Campo Grande, MS, com 53 médicos das unidades de Estratégia Saúde da Família. Os dados foram coletados por meio de questionário semiestruturado. As variáveis de interesse foram: experiência profissional, tipo de vínculo empregatício, capacitações realizadas, utilização de protocolos, frequência de encaminhamentos autorizados, comunicação entre os médicos da ESF e Central de Regulação e possíveis dificuldades. Realizou-se análise estatística descritiva por meio do *software* iText, versão 2.1.2.

RESULTADOS: A média de tempo de atuação dos médicos nas unidades de Estratégia Saúde da Família foi de 6,2 anos, sendo que mais da metade (54,7%) não possuía qualquer formação em atenção primária à saúde e apenas 7,5% dos profissionais realizaram residência médica em Medicina de Família e Comunidade. Os profissionais (50,9%) consideraram que a regulação contribui para a coordenação do cuidado. Apesar de 86,8% declararem utilizar os protocolos de regulação na maior parte das vezes, os encaminhamentos foram devolvidos pela central de regulação solicitando melhorar a descrição de exames básicos obrigatórios (57,1%) e a descrição do quadro clínico (31,4%). A principal medida apontada para melhoria do acesso à atenção especializada foi o aumento de vagas para especialidades (50%), enquanto melhorar a gestão da clínica na Estratégia Saúde da Família foi a última medida apontada pelos profissionais.

CONCLUSÃO: A Estratégia Saúde da Família tem papel importante no acesso dos usuários aos serviços de saúde especializados. É primordial que os médicos de família estejam qualificados, tanto em atenção primária como em microgestão dos serviços de saúde. A busca por uma maior comunicação entre os profissionais

envolvidos no processo regulatório deve ser incentivada, de modo a possibilitar o exercício pleno de suas funções.

DESCRITORES: Regulação e Fiscalização em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Acesso aos serviços de Saúde.

THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN BRAZIL: PROFESSIONAL CONTEXT AND THE REGULATION PROCESS

ABSTRACT

OBJECTIVE: To characterize medical professionals and the healthcare regulation framework in the context of the Family Health Strategy (FHS)

METHOD: This cross-sectional study, conducted in Campo Grande, MS, Brazil, in 2015, enrolled 53 physicians from FHS clinics. A semi-structured questionnaire was employed to collect data on professional background, type of employment bond, trainings completed, use of protocols, frequency of authorized referrals, communication with peers in other services, and difficulties experienced. Descriptive statistics was performed using iText software (v. 2.1.2).

RESULTS: Mean work experience of interviewees at FHS clinics was 6.2 years. Most (54.7%) had no training in primary care and only 7.5% had medical residency in Family and Community Medicine. Most (50.9%) considered regulation to have a positive impact on healthcare coordination. Despite the use of protocols by 86.8% of interviewees, most referral forms issued were returned by the analysis team for improvements in the description of essential exams (57.1%) and clinical picture (31.4%). Increasing the number of specialists was the principal measure (50%) demanded for improving access to specialized care, while improving clinical management of the FHS was the measure least demanded by interviewees.

CONCLUSION: The FHS plays an important role in patient access to specialized healthcare services. Qualifications in primary care and micromanagement of healthcare services are essential for FHS physicians. Communication among professionals involved in the healthcare regulation process should be encouraged for optimization of their professional practice.

DESCRIPTORS: Health Care Coordination and Monitoring. Family Health Strategy. Health Services Accessibility.

INTRODUÇÃO

Dentre as atribuições específicas do profissional médico que atua na Estratégia Saúde da Família (ESF), está a realização de encaminhamentos a outros pontos da rede de atenção, mantendo sua responsabilidade pelo plano terapêutico de forma compartilhada e respeitando os fluxos assistenciais. A esta atribuição também se pode dar o nome de coordenação do cuidado.^a

Coordenar o cuidado significa articular os serviços, oportunizando o acesso à assistência à saúde de acordo com a necessidade do usuário, de modo equânime, oportuno e contínuo.^{2,9} Esta responsabilidade deve ser assumida pela ESF, utilizando-se de tecnologias de gestão da clínica, registro apropriado de informações, comunicação satisfatória entre os profissionais dos mais variados pontos de atenção.¹⁷

A ESF é, portanto, o ponto de início de onde parte o fluxo do sistema de saúde, no qual o profissional deve agir com autonomia. Contudo, a resolutividade do cuidado depende não só da atuação dos profissionais da atenção primária, mas também, dos profissionais dos outros níveis assistenciais.¹¹

Para se organizar o fluxo do usuário nas redes de atenção existe a regulação dos serviços de saúde, cujo intuito é elaborar normatizações que venham facilitar ou limitar o acesso a procedimentos ou serviços de saúde, bem como fiscalizar, controlar e auditar que tais normatizações sejam cumpridas.^b

A boa prática regulatória viabiliza o acesso dos usuários aos serviços de saúde colaborando para a integralidade do seu cuidado. É necessário que os diversos setores de saúde atuem de forma integrada, coordenada, em forma de redes de atenção para que a promoção da saúde se dê em tempo e lugar oportunos, conforme a necessidade do usuário. Neste sentido, torna-se relevante o conhecimento e a boa prática regulatória, sobretudo pelo principal profissional envolvido no processo, o médico.

^a 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*. 21 out. 2011

^b Mendonça CS, Reis AT, Moraes JC, organizadores. A Política de regulação do Brasil. [Internet] 2006. Disponível em: <http://www.bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/st12.pdf>

O presente estudo tem por objetivo caracterizar o profissional médico e o processo regulatório na Estratégia Saúde da Família de Campo Grande (MS).

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, realizado com médicos lotados nas 38 unidades básicas de saúde da família de Campo Grande (MS), das quais três são unidades rurais.

Foram convidados a participar da pesquisa 53 médicos com no mínimo seis meses de atuação na ESF em atividade, pois é necessário um tempo mínimo de experiência, para que se possa avaliar a sua inserção nos serviços pesquisados.

A coleta de dados primários ocorreu nos meses de junho e julho de 2015 por meio de um questionário estruturado, elaborado pelos pesquisadores. A aplicação dos questionários foi previamente agendada com os profissionais, de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

As questões contemplaram as seguintes variáveis quanto à caracterização do profissional médico que atua nas equipes de unidades de ESF: experiência profissional, tipo de vínculo empregatício e capacitações realizadas para o exercício da função; com relação à regulação do acesso à atenção especializada: utilização de protocolos, frequência de encaminhamentos autorizados, comunicação entre o médico da ESF e o serviço de regulação, possíveis dificuldades.

Os dados obtidos foram organizados em planilha eletrônica Excel®, a análise estatística descritiva foi realizada por meio do *software* iText® versão 2.1.2 e apresentados em forma de tabelas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o Parecer n. 1.045.233. Os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

A ESF de Campo Grande, no momento da pesquisa contava com 89 médicos, dos quais 17 não atenderam aos requisitos de no mínimo seis meses de atuação na

ESF, estavam de férias ou de licença médica. Dos 72 médicos restantes, 53 (73,6%) aceitaram participar.

Na tabela 1 é apresentada a caracterização do profissional médico da ESF.

Com relação à experiência profissional na ESF, constatou-se que o tempo médio de atuação dos médicos foi de 6,2 anos, com mediana de 5 anos e desvio-padrão de 4,9. Quarenta e nove por cento dos participantes tinha até 4 anos de trabalho na área.

Dentre os tipos de contratação, o regime estatutário foi referido como a principal forma de vínculo empregatício, 47,2% dos entrevistados, seguido do vínculo do tipo contrato, 39,6%.

Quanto à formação específica para atuação na atenção primária, 54,7% não possuíam qualquer formação, os outros 45,3% participaram de cursos de especialização em Medicina de Família e Comunidade (MFC) e/ou em Saúde da Família (cursos *lato e stricto sensu*). Apenas 7,5% realizaram residência médica em Medicina da Família e Comunidade.

Na participação dos médicos no curso introdutório para equipes da ESF, os resultados apresentaram-se próximos, sendo sim para 47,2% e não para 49,1%. Para os cursos de educação continuada e/ou permanente, a maioria (83,0%) relatou ter participado frequentemente (50,9%) e sempre (32,1%) sendo a maior parte dos cursos (69,8%), oferecidos pela gestão municipal.

(Tabela 1)

Em relação à regulação do acesso pelo médico da ESF (Tabela 2), 50,9% consideraram que este processo contribui para a coordenação do cuidado, enquanto 34,0% citaram que interfere negativamente.

Quanto à frequência de autorização dos encaminhamentos para a atenção especializada, 94,4% declararam que foram sempre e na maioria das vezes autorizados. Quando devolvidos à unidade, a frequência com que se teve acesso a esses encaminhamentos apresentou-se semelhantes, 24,5% semanalmente e os mesmos valores, 22,6%, para mensalmente e variável, conforme retorno do paciente e 18,9% não souberam informar.

Para a maioria dos participantes, o tempo médio de espera para consultas especializadas foi considerado muito insatisfatório 43,4%, seguida de insatisfatório para 34%, o que somados representam 77,4%.

Sobre o grau de dificuldade em obter vaga para um paciente que necessite de consulta especializada, 50,9% considerou como difícil, sendo atribuído como principal motivo, a oferta reduzida de vagas para as especialidades, 58,5%.

(Tabela 2)

Quanto à prática regulatória pelos médicos da ESF, os resultados podem ser observados na tabela 3.

Dentre os entrevistados, 86,8% referiram conhecer o protocolo de acesso à atenção especializada, ter acesso ao mesmo e utilizá-lo na maior parte das vezes. No entanto, quando indagados sobre o recebimento de treinamento para o manejo, a maioria (69,8%) declarou não tê-lo realizado e que seria importante fazê-lo.

Além do encaminhamento registrado no sistema de informação em regulação (SISREG), o contato com a central de regulação se dá por meio da gerência da unidade de saúde para 45,3% e apenas dois profissionais (3,8%) referiram ter tido contato direto com a central via telefone.

Nas situações em que o caso encaminhado tratou-se de uma prioridade em saúde, 64,2% referiram que além de cumprir os requisitos mínimos do protocolo, expressam a necessidade de urgência e o justificam informando com dados clínicos. Quanto ao uso de influência pessoal para conseguir acesso rápido sem passar pela regulação, apenas 5,7% relataram realizar.

(Tabela 3)

Dentre os diversos motivos de devolução dos encaminhamentos pela central de regulação para adequações, descrever melhor os resultados dos exames básicos obrigatórios dos protocolos de acesso foi considerado o principal motivo para 57,1% dos profissionais, seguido de melhor descrição do quadro clínico, 31,4% (Tabela 4).

(Tabela 4)

Quanto às medidas mais importantes a serem tomadas para melhorar a regulação do acesso à atenção especializada, na concepção do médico da ESF, seria o aumento do número de vagas para especialistas 50,0%, seguida da revisão dos protocolos de acesso por médicos especialistas, reguladores e da atenção básica, 36,8%. Melhorar a gestão da clínica na ESF foi citado como a menos importante por 52,6% dos profissionais (Tabela 5).

(Tabela 5)

DISCUSSÃO

O tempo médio de atuação dos profissionais médicos deste estudo mostrou-se superior à média nacional e da região centro-oeste, cujas médias e desvio-padrão observados foram, respectivamente, 3,9; 2,9 e 4,5; 2,6.^c A expansão da implantação da ESF, está diretamente ligada ao tempo de permanência do profissional na equipe, uma vez que o sucesso deste modelo de atenção depende, dentre outros fatores, do vínculo entre profissionais da equipe e população.⁶

Em estudo realizado em âmbito nacional no ano de 2012, o principal tipo de vínculo empregatício do médico no serviço público foi o estatutário (31,6%)^c. Assim como no estudo nacional, esta pesquisa também evidenciou predomínio do vínculo estatutário, mostrando-se inclusive com percentuais acima da média nacional (47,2%).

Ainda assim, percebe-se precariedade nos vínculos de trabalho, uma vez que não há plano de cargos e carreiras para profissionais de saúde da rede municipal de Campo Grande, sendo que o último concurso público ocorreu há cerca de quatro anos. Outra dificuldade está relacionada ao curto tempo de contrato, que se limita por um período máximo de seis meses.^d Vínculos de trabalho precários provocam insatisfação profissional, o que compromete a dedicação ao trabalho, a qualidade do serviço prestado, aumenta a rotatividade e, por conseguinte, tolhe o desenvolvimento do sistema público de saúde^e.

Observou-se neste estudo que 54,6% dos profissionais não tem formação em áreas ligadas à atenção primária e entre aqueles que a possuem, apenas 7,5% fizeram residência médica em MFC, considerada pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) padrão-ouro para a formação do especialista em APS. Contudo, em vistas à necessidade de ampliação da qualificação desde profissional e do ainda reduzido acesso aos programas de residência médica, a SBMFC reconhece os cursos de pós-graduação como uma alternativa provisória.⁸

^c Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família. Relatório de Pesquisa. Belo Horizonte; 2012.

^d Secretaria Municipal de Saúde. Edital n.15/2015, de 05 de março de 2015. Edital de convocação para o cargo de médico. Diário Oficial de Campo Grande – MS. 05 mar. 2015

^e Ministério da Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas : Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília; 2006

Em Campo Grande, a Universidade Federal de Mato Grosso do Sul oferece quatro vagas de residência médica em Medicina da Família e Comunidade e, em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz de Mato Grosso do Sul, oferece curso de pós-graduação à distância de especialização em atenção primária em saúde da família para médicos dos programas PROVAB e Mais Médicos, além de mestrado profissional em saúde da família para profissionais da APS.^f

Apesar dessas ofertas, há pouca procura pela especialidade, que pode ser explicada em parte pela baixa remuneração, carga excessiva de trabalho, precariedade de vínculos empregatícios, baixo *status* profissional e social, dentre outros fatores. Mesmo em países com atenção primária consolidada como Canadá, Cuba e Inglaterra tem ocorrido queda na procura pela especialidade por motivos similares.¹⁹

De acordo com o Conselho Regional de Medicina de São Paulo,²⁴ o Brasil contava com 4.776 médicos de família em 2014. Entretanto, para atuar na ESF não é obrigatória a residência ou especialização em Medicina de Família e Comunidade, basta que tenha graduação em Medicina, isto é, seja médico generalista,^a não havendo também diferenciação salarial entre aqueles com ou sem residência médica. Estes possivelmente são alguns dos fatores que contribuem para a não formação nesta área.²⁰

É recomendada pelo Ministério da Saúde a realização do curso introdutório (CI) para todos os integrantes das equipes de saúde da família, que tem por objetivos principais a compreensão dos princípios e diretrizes da estratégia saúde da família, das bases para o desenvolvimento do processo de planejamento dos serviços e identificação dos fundamentos do processo de organização e práticas dos serviços de saúde da família.⁹

Estudo realizado em Campo Grande por Damno et al¹² em 2013, revelou que 33% dos médicos da ESF informaram ter feito o CI, ao passo que no presente estudo este dado atinge 47,2%. Mesmo sendo um curso preconizado pelo Ministério da Saúde, sua realização ainda é aquém do desejado. Um promissor colaborador no processo de formação e atualização dos profissionais de saúde é o telessaúde, com potencial para ampliação das práticas profissionais por meio de tele-educação.²¹

^f Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Disponível em: www.portalsaude.ufms.br

^g Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Treinamento introdutório. Brasília; 2000.

Para uma atenção primária nos moldes preconizados, faz-se necessário desenvolver no médico de família habilidades técnicas específicas com alto grau de qualificação,⁴ o que pode ser alcançado através da educação tanto continuada, quanto permanente, visto que a educação continuada complementa a formação profissional, oferece subsídios para melhor compreender e atender às necessidades em saúde, enquanto que a educação permanente é mais focada no processo de trabalho, contribuindo para qualificação das ações em saúde.¹³

Constatou-se que 83,0% dos profissionais relataram participar sempre (32,1%) ou frequentemente (50,9%) de cursos de capacitação sendo estes oferecidos pela gestão municipal para 69,8%, o que denota concordância com a Política Nacional de Atenção Básica que define como responsabilidade de todas as esferas do governo a viabilização de educação permanente aos profissionais das equipes.^a Equipes melhor capacitadas têm maiores chances de serem mais resolutivas e de melhor coordenar o cuidado.²

Para 50,9% dos médicos a regulação contribui para a coordenação do cuidado. Coordenar o cuidado significa ser, dentre outros, responsável pelo fluxo da assistência à saúde na rede de atenção à saúde. Nesta perspectiva, a atenção primária tem o poder de interferir diretamente no desempenho da atenção especializada, uma vez que é a partir do primeiro nível de atenção que é gerado a maior parte da demanda para os demais níveis de assistência, dependendo do seu grau de resolutividade,¹³ enquanto a regulação, ordena o fluxo de modo que “[...]protege as pessoas dos especialistas e exames inapropriados à sua situação [...]”.⁷

Contudo, cerca de 1/3 dos profissionais consideram que a regulação interfere negativamente na assistência, ainda que 94,4% dos profissionais tenham afirmado que tiveram seus encaminhamentos autorizados sempre ou na maioria das vezes. Isso pode significar dificuldades na compreensão dos princípios da Política Nacional de Regulação ou mesmo falta de conhecimento desta, visto que, segundo Malta et al. (2004, p. 435)¹⁸, “A compreensão do modelo assistencial praticado só se faz na medida em que entendemos o processo regulatório existente”. Por outro lado, também pode inferir o não cumprimento da regulação do seu papel de colaboradora no processo de coordenação do cuidado.^h

^h Ministério da Saúde. Portaria n. 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União. 4 ago. 2008.

Na opinião dos médicos da ESF o tempo de espera para consulta com especialista é insatisfatório ou muito insatisfatório e o grau de dificuldade para a obtenção de vaga especializada é difícil ou moderado, principalmente pela reduzida oferta de vagas para as especialidades.

Todavia, porção considerável dos encaminhamentos realizados pela atenção primária para a especializada poderiam ser resolvidos com cuidados primários. A baixa resolutividade da APS suscita, dentre outros fatores, no aumento das filas de espera para a atenção especializada,^{5,15} o que pode dificultar e retardar o acesso de casos prioritários.

Para garantir a integralidade, além de mudanças nas formas de produção do cuidado, é importante a racionalização dos recursos disponíveis e organização dos processos de trabalho.¹⁵ Constatou-se nesta pesquisa que para 41,5% dos profissionais não há sistematização no que se refere ao acompanhamento dos encaminhamentos feitos para a atenção especializada, visto que 22,6% aguardam o retorno do paciente para acessar o encaminhamento devolvido e 18,9% sequer sabe informar com que frequência têm acesso aos mesmos. A falta de organização e gestão da fila de espera também foi observada em estudo realizado em quatro grandes centros urbanos.³

A regulação do acesso ou microrregulação se inicia desde o momento em que o usuário ingressa na rede de atenção, quando então deve-se articular e coordenar a operacionalização dos serviços no sentido de potencializar a resposta às suas necessidades, sendo o usuário a referência para a organização dos serviços.²²

No processo de elaboração dos protocolos de organização de serviços é importante a construção coletiva dos mesmos, com colaboração de profissionais tanto do nível local (atenção primária) como dos demais níveis de atenção.²⁵ Em Campo Grande, apenas médicos especialistas participaram da elaboração dos protocolos de acesso à atenção especializada.ⁱ Ainda, 69,8% dos médicos da ESF não receberam qualquer treinamento para seu manuseio, sugerindo falta de integração entre os serviços, bem como dificuldade da gestão em compreender a atenção primária como eixo central e ordenadora da rede de atenção à saúde.

ⁱ Resolução SESAU nº 206, de 27 de fevereiro de 2015. Aprova os protocolos de acesso às consultas e exames especializados de média e alta complexidade. Diário Oficial de Campo Grande – MS. 04 mar. 2015. Supl. 1, p. 1-66.

Reforça esta hipótese o fato de não haver interação direta entre os profissionais envolvidos no processo de regulação, limitando-se apenas ao preenchimento da ficha de encaminhamento, visto que apenas 3,8% dos profissionais relataram realizar contato telefônico com central de regulação. As relações diretas entre os profissionais são formas exitosas na integração entre os serviços de saúde, sendo a troca de informações, condição essencial para o fortalecimento da atenção primária enquanto ordenadora do cuidado.¹

Nos casos prioritários, que necessitam de maior agilidade na autorização de consulta especializada, a maioria (64,2%) dos médicos declarou cumprir os requisitos mínimos e informar a necessidade de urgência, apresentando justificativa com dados clínicos. Em um estudo, Ferreira et al¹⁴ (2010) constatou que informações incompletas acerca da condição clínica do paciente referenciado foi apontado como o problema mais prejudicial na ação regulatória, uma vez que dificulta o processo de análise do encaminhamento, bem como impede a identificação de condições que poderiam ser resolvidas no nível primário, além de desfavorecer avaliação do potencial resolutivo da RAS.

Poucos profissionais (5,7%) assumiram uso de influência pessoal para conseguir acesso mais rápido, sem passar pela regulação. Cecílio¹⁰ (2012) considera esse modo de referenciar uma forma de regulação, denominada informal, que apesar de gerar fluxos paralelos e parecer desordenar a regulação, tem seu valor quando se reconhece que, em situações especiais, mostra-se como um ato altamente cuidador.

Entretanto, considerando o modo preconizado para referenciar o usuário, quando um encaminhamento é regulado pela central de regulação de Campo Grande, são observados diversos critérios para a autorização, dentre eles os dados clínicos, resultados de exames (alterados ou não) recomendados pelo protocolo, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) compatível com a história clínica.¹

Tanto a prática clínica quanto a regulatória necessita de instrumentos que as auxiliem em sua execução, sendo os protocolos um dos mais importantes. Estes podem ser clínicos ou de regulação. Ambos visam promover continuidade e integralidade do cuidado, além de qualificarem a ação regulatória implicando em maior efetividade e eficiência.²³

Sobre a utilização dos protocolos de regulação, 86,8% afirmaram conhecê-los, ter acesso e utilizá-los na maior parte das vezes. Paradoxalmente, para 88,5% dos

profissionais, o principal motivo de devolução do encaminhamento foi justamente para melhorar a descrição dos exames básicos obrigatórios do protocolo (57,1%) e a descrição do quadro clínico (31,4%), ou seja, descumprimento dos requisitos básicos dos protocolos de acesso, confirmando a necessidade de treinamento indicada pelos próprios profissionais.

Ainda que não tenham colaborado na sua elaboração, a participação dos médicos de saúde da família na revisão dos protocolos foi considerada pelos participantes uma importante estratégia para melhorar a regulação do acesso a atenção especializada em Campo Grande, superado apenas pelo o aumento da oferta de vagas para especialistas.

Contudo, o simples aumento do número de vagas para especialidades e procedimentos não diminui a dificuldade do acesso aos mesmos, uma vez que, com o tempo, os encaminhamentos tornam-se menos criteriosos, sem indicação precisa, não motivando melhora da qualidade do atendimento.¹⁵ Ao contrário, quando a utilização dos procedimentos por meio da regulação é acompanhada de remodelagem do sistema assistencial, com responsabilização do cuidado, evita-se o desperdício de recursos, melhora-se a resolutividade e diminuem-se as filas.¹⁶

O estudo também revela que, para os profissionais, melhorar a gestão da clínica na ESF seria a última medida a ser tomada para melhorar o acesso a atenção especializada. Este fato evidencia dificuldades destes em compreender um importante instrumento para a coordenação do cuidado, a gestão da clínica. De acordo com Mendes^j (2011), a gestão da clínica pauta-se em tecnologias de microgestão da clínica, sendo a principal delas as diretrizes clínicas, composta por outras quatro, sendo elas a gestão da condição de saúde, gestão de caso, auditoria clínica e lista de espera. Sua função principal é promover assistência centrada nas pessoas, baseada em evidências clínicas, no tempo e local adequados, de forma humanizada, causando o menor dano possível aos usuários e profissionais, com menor custo possível.^h

A Estratégia Saúde da Família ocupa lugar central nos serviços de saúde, devendo ser responsável por toda gestão do cuidado da população por ela assistida. Para tanto, é necessário que os profissionais que nela atuam tenham amplo conhecimento sobre a rede assistencial, saibam utilizar dos recursos e serviços disponíveis de modo racional e qualificados tecnicamente.

^j Mendes EV. Redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.549 p

O estudo revelou a necessidade de melhorar a qualificação deste profissional para a assistência no serviço público, não só no que se refere à formação em atenção primária através de cursos de especialização em saúde da família para melhor compreensão sobre sua importância e competências em relação à coordenação do cuidado, mas qualificá-lo quanto à microgestão dos serviços de saúde.

Um profissional qualificado para assistência no serviço público, independentemente do nível de assistência em que atua, deve compreender a dinâmica do sistema de saúde enquanto rede de atenção. A educação permanente tem papel crucial neste sentido, cobrindo lacunas de uma formação médica deficitária no campo da saúde coletiva desde a graduação, ampliando o conhecimento, por exemplo, sobre gestão da clínica, regulação assistencial.

Resultados encontrados neste estudo demonstram que não há planejamento, sistematização do trabalho, pouco conhecimento dos profissionais médicos a cerca do fluxo das filas de espera dos próprios pacientes. Conhecer a população assistida, não só a condição clínica e gerir sua assistência na rede de atenção é papel obrigatório do médico de família. Oportunizar o acesso do usuário aos serviços conforme sua necessidade em saúde também significa resolutividade.

A regulação assistencial, por ser um componente da rede de atenção à saúde com ampla e privilegiada visão dos recursos disponíveis e da dinâmica dos serviços, deve ser considerada como grande aliada para os profissionais inseridos nas unidades de estratégia saúde da família, pois irá contribuir para a coordenação do cuidado e, assim, possibilitar assistência mais acessível, equânime e integral. Para tanto, é necessária melhor comunicação entre os profissionais das centrais de regulação e da ESF.

Por fim, a ESF como ordenadora e coordenadora do cuidado tem que deixar de ser uma ideia, um discurso encontrado nas políticas públicas, deixar de se portar como coadjuvante e ocupar de fato sua posição de protagonista nas RAS.

REFERÊNCIAS

1. Albuquerque M do SV de, Lyra TM, Farias SF, Mendes MF de M, Martelli PJ de L. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saude Debate*. 2014;38(SPE):182–94. DOI: 10.5935/0103-1104.2014S14

2. Almeida PF de, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(2):84–95. DOI: 10.1590/S1020-49892011000200003
3. Almeida PF de, Giovanella L, Mendonça MHM de, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*. 2010;26(2):286–98. DOI: 10.1590/S0102-311X2010000200008
4. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2011;6(18):19–20. DOI: 10.5712/rbmfc6(18)246
5. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad Saude Publica*. 2011;27(2):295–304. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000200011
6. Campos CV de A, Malik AM. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev Adm Pública*. 2008;42(2):347–68. DOI: 10.1590/S0034-76122008000200007
7. Castro Filho ED de, Harzheim E, Schmitz CAA, Siqueira AC. Telessaúde para a atenção primária à saúde. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. Tratado de medicina da família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 395-405.
8. Castro Filho ED, Gusso GDF, Demarzo MMP, Stein A, Schneider JC, Dalla MDB, et al. A especialização em MFC e o desafio da qualificação médica para a Estratégia Saúde da Família: proposta de especialização, em larga escala, via educação à distância. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2007;3(9):199–209. DOI: 10.5712/rbmfc3(9)338
9. Cecilio LC de O, Andrezza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA de, Andrade M da GG, Meneses CS, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(11):2893–902. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100006
10. Cecilio LC de O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? *Saude Soc*. 2012;21(2):280–9. DOI: 10.1590/S0104-12902012000200003

11. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML de, Bezerra IC, Costa JP, et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde Debate*. 2014;38(103):733–43. DOI: 10.5935/0103-1104.20140067
12. Damno HS, Moriyama MC, Pícoli RP, Sartori BG, Asato SMM, Carvalho GC, et al. Perfil profissional dos médicos atuantes na estratégia Saúde da Família no Município de Campo Grande – MS. *Encon: R Psicol*. 2013;16(25):125-137.
13. Farah BF. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? *Revista APS* [Internet]. Jul/Dez 2003; 6(2): 123-5. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf>.
14. Ferreira JBB, Mishima SM, Santos JS dos, Forster AC, Ferraz CA. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. *Interface*. 2010;14(33):345–58. DOI: 10.1590/S1414-32832010000200009
15. Franco TB, Magalhães Junior H. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE, organizador. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec; 2004. 296 p.
16. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis*. 2012;22(1):119–40.
17. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.575-625.
18. Malta DC, Cecílio LC de O, Merhy EE, Franco TB, Jorge A de O, Costa MA. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais *Cienc Saude Coletiva*. 2004;9(2):433–44. DOI: 10.1590/S1413-81232004000200019
19. Mello GA, Mattos ATR de, Souto BGA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. *Rev Bras Educ Med*. 2009;33(3):464–71. DOI: 10.1590/S0100-55022009000300017

20. Ney MS, Rodrigues PH de A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2012;22(4):1293–311. DOI: 10.1590/S0103-73312012000400003
21. Piropo TG do N, Amaral HOS do, Piropo TG do N, Amaral HOS do. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. *Saude Debate*. 2015;39(104):279–87. DOI: 10.1590/0103-110420151040413
22. Santos FP dos, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface*. 2006;10(19):25–41. DOI: 10.1590/S1414-32832006000100003
23. Santos JS dos, Pereira Junior GA, Bliacheriene AC, Forster AC. Protocolos Clínicos e de Regulação: Acesso à rede de saúde. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. 1360p.
24. Scheffer M, coordenador. Demografia Médica no Brasil 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2015. 284p. Disponível em: <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index10/?numero=12>
25. Werneck MAF, Faria HP, Campos KFC. Protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço. Belo Horizonte: COOPMED; 2009. 84p.

TABELAS

Tabela 1. Caracterização do profissional médico da ESF. Campo Grande, MS, 2015. (N=53).

Variável	n	%
Tempo de atuação na ESF		
6 meses a 4 anos	26	49,1
5 a 8 anos	8	15,1
9 a 12 anos	13	24,5
13 a 16 anos	6	11,3
Vínculo		
Estatutário	25	47,2
Contrato	21	39,6
Programa mais médicos	6	11,3
Provab	1	1,9
Formação na área de Atenção Primária à Saúde ^a		
Pós-graduação em MFC	15	28,3
Pós-graduação em Saúde da Família	11	20,8
Residência Médica em MFC	4	7,5
Mestrado/Doutorado em áreas da Saúde Coletiva	3	5,7
Nenhuma	29	54,7
Participação no Curso Introdutório		
Sim	25	47,2
Não	26	49,1
Sem informação	2	3,8
Educação continuada/permanente		
Sempre	17	32,1
Frequentemente	27	50,9
Às vezes	8	15,1
Raramente	1	1,9
Capacitação ^a		
Oferecidos pela gestão municipal	37	69,8
Oferecidos por entidades médicas	21	39,6
Oferecidos por Universidades	9	17,0
Custeados com recursos próprios	18	34,0
Outros	4	7,5

^a Poderia ser assinalada mais de uma alternativa

Tabela 2. Avaliação da regulação do acesso pelo médico da ESF. Campo Grande, MS, 2015. (N=53).

Variável	n	%
Atuação da regulação		
Contribui para a coordenação do cuidado	27	50,9
Interfere negativamente na coordenação do cuidado	18	34,0
Não sei responder	4	7,5
Sem informação	4	7,5
Frequência de autorização dos encaminhamentos		
Sempre	2	17,0
Na maioria das vezes	41	77,4
Poucas vezes	0	0,0
Nunca	1	1,9
Não sabe informar	2	3,8
Frequência com que tem acesso aos encaminhamentos devolvidos		
Semanalmente	13	24,5
Quinzenalmente	5	9,4
Mensalmente	12	22,6
Variável, pois são os próprios pacientes que informam a devolução	12	22,6
Não sabe informar	10	18,9
Sem informação	1	1,9
Tempo de espera para consulta com especialista		
Satisfatório	2	3,8
Pouco satisfatório	9	17,0
Insatisfatório	18	34,0
Muito insatisfatório	23	43,4
Não sabe informar	1	1,9
Grau de dificuldade de obter vaga especializada		
Difícil	27	50,9
Moderado	23	43,4
Fácil	1	1,9
Muito fácil	0	0,0
Não sei responder	0	0,0
Sem informação	1	1,9
Possíveis determinantes desta dificuldade		
Oferta reduzida de vagas para a especialidade	31	58,5
Pouca maleabilidade da regulação	10	18,9
Dificuldade em cumprir os requisitos exigidos pelo protocolo	4	7,5
Pouco conhecimento sobre os protocolos de acesso	0	0,0
Sem informação	1	1,9

Tabela 3. Prática regulatória pelo médico da ESF. Campo Grande, MS, 2015. (N=53).

Variável	n	%
Conhecimento do protocolo		
Desconhece	3	5,7
Conhece, mas não tem acesso aos mesmos	0	0,0
Conhece, tem acesso aos mesmos, porém não os utiliza	2	3,8
Conhece, tem acesso aos mesmos e os utiliza na maior parte das vezes	46	86,8
Não respondeu	2	3,8
Realização de treinamento sobre o manejo do protocolo		
Sim, contribuiu para melhorar o processo de trabalho	3	5,7
Sim, porém não foi útil no processo de trabalho	4	7,5
Não, mas considera que seria importante fazê-lo	37	69,8
Não e não acredita que fazê-lo melhoraria o processo de trabalho	9	17
Meio de comunicação com a Central de Regulação (CR) ^a		
Via gerência	24	45,3
Via e-mail	5	9,4
Por telefone, com comunicação direta com o médico regulador	2	3,8
Nunca teve outras formas de comunicação	18	34,0
Não respondeu	1	1,9
Em caso de prioridade ^a		
Cumpre os requisitos mínimos e informa da urgência	34	64,2
É feito comunicado à CR, via e-mail ou telefone	18	34,0
Apenas segue o protocolo e a regulação prioriza	10	18,9
Utiliza a classificação de risco na ficha de solicitação	7	13,2
Usa de influência pessoal para conseguir acesso rápido sem passar pela regulação	3	5,7
Sem informação	1	1,9

^a Poderia ser assinalado mais de uma alternativa

Tabela 4. Principal motivo de devolução do encaminhamento, segundo opinião do médico da ESF. Campo Grande, MS, 2015. (N=53)

Motivo de devolução da solicitação	Opinião do médico da ESF									
	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Melhorar descrição do quadro clínico	9	25,7	11	31,4	5	14,3	5	14,3	5	14,3
Melhorar descrição de exames básicos obrigatórios	20	57,1	7	20,0	1	2,9	5	14,3	2	5,7
Corrigir o CID-10 informado	1	2,9	7	20,0	14	40,0	9	25,7	4	11,4
Modificar a especialidade solicitada	1	2,9	8	22,9	10	28,5	12	34,3	4	11,4
Corrigir erro de digitação	4	11,4	2	5,7	5	14,3	4	11,4	20	57,2
Sem informação	18		18		18		18		18	

Nota¹: Dispostos em escala de 1 a 5, sendo 1 o mais frequente e 5 o menos frequente.

Nota²: Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta).

Tabela 5. Medida para melhorar a regulação do acesso à atenção especializada. Campo Grande, MS, 2015. (N=53)

Medida para melhorar o acesso à atenção especializada	Na perspectiva do médico da ESF									
	1		2		3		4		5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Realizar revisão dos protocolos por médicos especialistas, reguladores e da ESF	14	36,8	8	21,1	5	13,2	3	7,9	8	21,1
Melhorar comunicação entre a CR e ESF	3	7,9	8	21,1	18	47,4	16	15,8	3	7,9
Melhorar a gestão da clínica na ESF	0	0,0	3	7,9	6	15,8	9	23,7	20	52,6
Melhorar a gestão da clínica na CR	2	5,3	8	21,1	4	10,5	18	47,4	6	15,8
Aumentar o número de vagas para especialistas	19	50,0	11	28,9	5	13,2	2	5,3	1	2,6
Sem informação	15		15		15		15		15	

Nota¹: Dispostos em escala de 1 a 5, sendo 1 o mais importante e 5 o menos importante.

Nota²: Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta).

6.2 ARTIGO 2

Regulação do acesso da atenção primária à especializada: perspectiva do médico regulador

Milene da Silva Dantas Silveira^I
Luiza Helena de Oliveira Cazola^{II}
Albert Schiaveto de Souza^{III}

^I Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (milenedantas@yahoo.com.br)

^{II} Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (luizacazola@gmail.com)

^{III} Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (albertss@hotmail.com)

RESUMO

O artigo visa identificar as características dos médicos reguladores e os desafios da regulação na perspectiva dos mesmos. Realizou-se um estudo transversal com 21 médicos reguladores da central de regulação de consultas e exames especializados de Campo Grande – MS, utilizando-se questionário estruturado. Observou-se pouco tempo no exercício da função, menos de um ano, para 42,9%. A maioria (57,1%) não possuía residência médica e apenas 23,8% possuíam especialização em regulação. Quanto à prática regulatória, 90,5% afirmaram realizar triagem com priorização dos casos mais graves, bem como orientam o solicitante de modo individualizado quando da recusa do encaminhamento (61,9%). Apenas 4,8% consideraram que os encaminhamentos oriundos da atenção primária são realizados adequadamente, sendo a escassez de dados clínicos o principal motivo de devolução dos encaminhamentos (57,1%). Para melhorar o acesso à atenção especializada, 70% indicou o aumento da oferta de vagas a principal medida. Maiores investimentos em recursos humanos

em quantidade e qualidade, bem como melhor aproveitamento do potencial das centrais de regulação, podem contribuir para melhor coordenação do cuidado pela atenção primária.

PALAVRAS-CHAVE

Regulação e Fiscalização em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Serviços de Saúde.

Regulating access from primary to specialist healthcare: the perspective of gatekeeper physicians

ABSTRACT

This cross-sectional study investigated the characteristics of physicians responsible for regulating access to specialist care, as well as the challenges reported in this gatekeeping role. A semi-structured questionnaire was applied to 21 physicians responsible for regulating access to specialized care appointments and exams in Campo Grande, Mato Grosso do Sul state, Midwest Brazil. Low experience in the role, of less than a year, was reported by 42.9%. Most respondents (57.1%) had no medical residency, while only 23.8% had attended specific training in healthcare access regulation. Most (90.5%) physicians reported prioritizing severe cases during patient screening, as well as providing individual guidance to applicants refused referrals (61.9%). Only 4.8% felt that primary care cases were properly referred to specialist care. Insufficient clinical data was considered the main reason (57.1%) for rejecting specialty referral requests. Increasing the availability of appointments with specialists was viewed by most respondents (70%) as a necessary measure to facilitate access to specialist care. Heavier investment in human resources, both quantitatively and qualitatively, and more efficient use of

the potential of regulatory centers, can help improve healthcare coordination in the primary care setting.

KEY WORDS

Health Care Coordination and Monitoring. Family Health Strategy. Health Services.

Introdução

No Brasil, a exemplo e outros países da União Europeia, a gestão dos serviços de saúde é um problema de grande interesse, uma vez que reflete diretamente na qualidade da assistência.¹ Isto se deve em parte à segmentação e fragmentação dos sistemas, que implicam negativamente no acesso, equidade e integralidade, elevando custos e com baixa eficiência.²

Sistemas de saúde fragmentados têm vistas à atenção às condições agudas, unidades de pronto-atendimento, com estrutura hierarquizada, sendo o usuário sujeito passivo no processo de assistência predominantemente curativa, preocupada em atender à demanda e não às necessidades em saúde da população.³

Com o propósito de inverter esta lógica, surge o conceito de redes de atenção à saúde (RAS), que são organizações com objetivo comum: assistência integral em tempo e local oportunos, de acordo com as necessidades da população, com estrutura horizontalizada, na qual os diversos serviços atuam de modo integrado, interdependentes com coordenação feita pela atenção primária à saúde (APS).³

Experiências em outros países evidenciam a utilização de diversos recursos no intuito de promover a integração dos serviços, dentre os quais a instituição da regulação em saúde.⁴

A regulação é uma ferramenta de gestão, capaz de indicar pontos críticos das RAS, utilizando tecnologia de forma sistematizada para ordenar e orientar fluxos assistenciais, servindo de instrumento de relação entre os diversos atores no processo de atenção à saúde.⁵

A ação regulatória tem por função qualificar a demanda, redistribuir a oferta, com base em protocolos e com isso otimizar a utilização dos serviços garantido assim o acesso de modo equânime, universal e integral, e por fim impedir fluxos paralelos sem critérios científicos ou com bases em relações pessoais.⁵

Por ocupar posição privilegiada, pode constituir um observatório da dinâmica do sistema de saúde fornecendo dados que auxiliem tanto no melhor planejamento e desenvolvimento de políticas públicas¹ quanto na qualificação da auditoria e fiscalização dos serviços.⁶

No Brasil, a escassez de conhecimento relativo ao processo de regulação e sua articulação com a APS sinaliza para a necessidade de mais estudos sobre o assunto com o propósito de conhecer as possíveis inovações e dificuldades advindas da implementação das políticas públicas de regulação.⁷

Este estudo tem por objetivo identificar as características dos profissionais médicos reguladores da central de regulação de consultas e exames especializados de Campo Grande (MS) por serem estes os principais envolvidos na tomada de decisão no processo regulatório e os desafios da regulação na perspectiva dos mesmos.

Metodologia

Estudo transversal de abordagem quantitativa realizado em Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul. No período da pesquisa, em 2015, o município contava com um

total de 27 médicos reguladores atuando na central de regulação de consultas e exames especializados.

Foi considerado como critério de inclusão que os pesquisados tivessem pelo menos seis meses de atividade na função, pois é necessário um tempo mínimo de experiência, para que se possa avaliar sua inserção como médico regulador.

Foram convidados a participar do estudo 21 médicos reguladores, sendo a coleta de dados realizada nos meses de junho e julho de 2015, por meio de questionário estruturado, elaborado pelos pesquisadores.

Foram tomadas como variáveis de interesse a caracterização do médico regulador quanto a sua experiência profissional, tipo de vínculo empregatício e capacitações realizadas, e em relação ao processo de trabalho em regulação, a utilização de protocolos de acesso, relação e comunicação com médico da atenção primária frente às solicitações de assistência à atenção especializada.

A organização dos dados foi realizada em planilha eletrônica Excel[®] e a análise estatística descritiva por meio do *software* iText[®] versão 2.1.2.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o Parecer n. 1.045.233, bem como obedeceu às normas do Conselho Nacional de Saúde para a realização de pesquisa com seres humanos (Resolução n.º. 466/12).

Resultados

A tabela 1 apresenta a caracterização profissional do médico regulador quanto ao tempo de atuação na função, tipo de vínculo e capacitações. Participaram do estudo 21 médicos reguladores. Desses, 42,9% possuíam menos de 1 ano de experiência na regulação ambulatorial, sendo o tempo médio de 2,9 anos e mediana de 2 anos. Não obstante, 38,1% atuavam na

regulação ambulatorial há mais de 5 anos. No que se refere ao tipo de vínculo empregatício, a maioria possui o tipo estatutário (61,9%).

Sobre o treinamento para o exercício da função, 47,6% afirmaram ter recebido treinamento teórico-prático. Quanto a possuir residência médica, mais da metade não possui (57,1%), assim como não realizaram especialização ligada à regulação ou outras áreas da saúde coletiva, (61,9%). Dentre os que informaram possuir uma especialização, a área de regulação foi a mais citada, 71,4%.

A maioria (85,7%) atua também em outros serviços da rede pública, dentre estes 38,9% na atenção especializada, seguida de 33,3% na atenção primária. Quanto à atuação em outros tipos de regulação, mais da metade (66,7%) atua ou já atuou, sendo a de urgência e emergência estadual, a mais frequente (57,1%).

Tabela 1. Caracterização profissional do médico regulador. Campo Grande, MS, 2015.

VARIÁVEL	n	%
Tempo de atuação na regulação		
6 meses a 1 ano	9	42,9
2 a 4 anos	4	19,0
5 a 7 anos	8	38,1
Vínculo		
Estatutário	13	61,9
Contrato	8	38,1
Treinamento		
Teórico	3	14,3
Prático	7	33,3
Teórico-prático	10	47,6
Nenhum	1	4,8
Possui Residência Médica		
Não	12	57,1
Sim	9	42,9
Tipo de Residência Médica		
Cirurgia geral	1	11,1
Cirurgia pediátrica	1	11,1
Cirurgia plástica	2	22,2
Ginecologia e Obstetrícia	3	33,3
Psiquiatria	1	11,1
Reumatologia	1	11,1
Especialização em regulação ou outras áreas da saúde pública		
Sem informação	1	4,8
Não	13	61,9
Sim	7	33,3
Tipo de especialização realizada*		
Auditoria	1	14,3
Regulação	5	71,4
Saúde coletiva	2	28,6
Atuação em outros serviços da rede pública de saúde		
Não	3	14,3
Sim	18	85,7
Quais serviços*		
Atenção especializada	7	38,9
Atenção hospitalar	1	5,6
Pronto-atendimento (UPA/CRS)	5	27,8
Atenção primária	6	33,3
Gestão em saúde	1	5,6
Atuação em outros centrais de regulação		
Não	7	33,3
Sim	14	66,7
Centrais de regulação*		
Urgência e emergência estadual	8	57,1
Urgência e emergência municipal pré-hospitalar	4	28,6
Urgência e emergência estadual pré-hospitalar	4	28,6
Municipal de leitos e cirurgias eletivas	4	28,6

*Poderiam ser assinaladas várias respostas

Em relação ao processo de trabalho do médico regulador, conforme exposto na Tabela 2, a triagem das solicitações com priorização dos casos mais graves foi referida pela maioria dos pesquisados, 90,5%, seguida de valorização do quadro clínico e prioridade do caso independentemente do protocolo, 71,4%.

Quando ocorre a necessidade de devolver a solicitação para alguma adequação, mais da metade (61,9%) afirmou que auxilia o médico solicitante informando claramente os motivos da devolução, bem como, orienta sobre como proceder para facilitar o encaminhamento, de maneira individualizada. Foi considerada rara (57,1%) e nunca (33,3%) a frequência com que o médico regulador é requisitado pelo solicitante a dar orientações via telefone.

Tabela 2. Processo de trabalho do médico regulador. Campo Grande, MS, 2015.

VARIÁVEL	n	%
Atividade de regulação *		
Realiza - se triagem das solicitações com priorização dos casos mais graves	19	90,5
Considera-se o quadro clínico e prioridade do caso independentemente do protocolo	15	71,4
Considera-se quadro clínico e prioridade do caso, porém deve seguir obrigatoriamente o protocolo	5	23,8
Auxílio ao médico solicitante no caso de devolução		
Informa claramente os motivos da devolução e explica como proceder para facilitar o encaminhamento, de modo individualizado	13	61,9
Informa claramente os motivos da devolução e solicita seguir o protocolo utilizando informações padrão	5	23,8
Conforme o caso, além das orientações na devolução do encaminhamento, solicita contato da central de regulação com o solicitante para melhor orientação	2	9,5
Apenas devolve solicitando seguir o protocolo	0	0,0
Sem informação	1	4,8
Frequência de orientações via telefone ao médico solicitante		
Frequentemente	0	0,0
Às vezes	2	9,5
Raramente	12	57,1
Nunca	7	33,3

* Poderiam ser assinaladas várias respostas

Com relação à percepção do médico regulador acerca da regulação realizada pelos médicos das unidades de estratégia saúde da família (ESF), conforme dados da tabela 3, 28,6%

consideraram que a maioria dos encaminhamentos oriundos das unidades de ESF seguem o protocolo, porém nem sempre justificam claramente a necessidade de uma consulta especializada, enquanto para 47,6% dos reguladores a maioria não segue o protocolo, por não fornecerem informações clínicas suficientes (23,8%) ou por não informarem a realização dos exames básicos obrigatórios (23,8%).

No tocante à frequência com que são reguladas as solicitações feitas pela atenção primária para a especializada, que deveriam ter sido feitas via urgência, 42,9% afirmou que acontece às vezes. Nestas situações, 33,3% afirmam que procedem devolvendo a solicitação orientando encaminhar via urgência e solicitam ao administrativo da central de regulação que entre em contato com a unidade solicitante para agilizar a resolução do caso e 33,3% afirmou devolver a solicitação e pedir que um enfermeiro regulador entre em contato com o paciente para confirmar a situação de urgência e, em caso afirmativo, o próprio médico regulador orienta via telefone que o usuário se dirija a um serviço de urgência.

Tabela 3. Regulação realizada pelo médico da ESF na perspectiva do médico regulador. Campo Grande, MS, 2015.

VARIÁVEL	n	%
Com relação às solicitações realizadas pela atenção primária de Campo Grande		
Não segue o protocolo, sendo o principal motivo de devolução a necessidade de fornecer maiores informações clínicas	5	23,8
Não segue o protocolo, sendo a falta de informações sobre os resultados dos exames exigidos pelo protocolo o principal motivo de devolução das solicitações	5	23,8
Segue o protocolo, porém há muito encaminhamento cujas informações não justificam claramente a necessidade de uma consulta especializada	6	28,6
Segue o protocolo, justificando claramente a necessidade de uma consulta especializada	1	4,8
Sem informação	4	19
Frequência de regulação solicitada pela atenção primária para a atenção especializada que deveria ter sido feita via urgência		
Frequentemente	3	14,3
Às vezes	9	42,9
Raramente	7	33,3
Nunca	2	9,5
Como procede quando acontece a situação referida na pergunta anterior		
Devolve a solicitação orientando encaminhar via urgência e solicito que a central de regulação entre em contato com a unidade solicitante informando a devolução para agilizar a resolução do caso	7	33,3
Devolve a solicitação e peço para que um enfermeiro regulador entre em contato com o paciente para saber o atual estado clínico e, se realmente for urgência, eu mesmo oriento o usuário a procurar o serviço de urgência do município	7	33,3
Devolve a solicitação orientando a encaminhar via urgência e entro em contato telefônico com o usuário para averiguação do caso e orientá-lo a procurar o serviço de urgência, caso seja necessário	3	14,3
Apenas devolve a solicitação orientando encaminhar via urgência	3	14,3
Sem informação	1	4,8

Melhorar a descrição do quadro clínico foi declarado como o principal motivo de devolução dos encaminhamentos (57,1%) na opinião dos médicos reguladores, seguida da necessidade de melhorar a descrição dos exames básicos obrigatórios do protocolo (42,9%) (Tabela 4).

Tabela 4. Principal motivo de devolução do encaminhamento, na perspectiva do médico regulador. Campo Grande, MS, 2015.

Motivo de devolução da solicitação	Na perspectiva do médico regulador				
	1	2	3	4	5
Melhorar descrição do quadro clínico	57,1 (12)	33,3 (7)	9,5 (2)	0,0 (0)	0,0 (0)
Melhorar descrição de exames básicos obrigatórios	33,3 (7)	42,9 (9)	14,3 (3)	4,8 (1)	4,8 (1)
Corrigir o CID-10 informado	0,0	9,5 (2)	14,3 (3)	38,1 (8)	38,1 (8)
Modificar a especialidade solicitada	4,8 (1)	4,8 (1)	19,0 (4)	33,3 (7)	38,1 (8)
Corrigir erro de digitação	4,8 (1)	9,5	42,9 (9)	23,8 (5)	19,0 (4)

Nota¹: Dispostos em escala de 1 a 5, sendo 1 o mais frequente e 5 o menos frequente.

Nota²: Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta).

Para melhorar o acesso à atenção especializada, 70,0% dos médicos reguladores considerou o aumento do número de vagas para especialistas, como a principal medida a ser tomada, seguida de melhor comunicação entre a central de regulação e a atenção primária (35%) (Tabela 5).

Tabela 5. Medida para melhorar a regulação do acesso à atenção especializada. Campo Grande, MS, 2015.

Medida para melhorar o acesso à atenção especializada	Na perspectiva do médico regulador				
	1	2	3	4	5
Realizar revisão dos protocolos por médicos especialistas, reguladores e da atenção primária	15,0 (3)	25,0 (5)	35,0 (7)	10,0 (2)	15,0 (3)
Melhorar comunicação entre a CR e ESF	5,0 (1)	35,0 (7)	15 (3)	20,0 (4)	25,0 (5)
Melhorar a gestão da clínica na ESF	5,0 (1)	10,0 (2)	40,0 (8)	25,0 (5)	20,0 (4)
Melhorar a gestão da clínica na CR	5,0 (1)	10,0 (2)	10,0 (2)	35,0 (7)	40,0 (8)
Aumentar o número de vagas para especialistas	70,0 (14)	20,0 (4)	0,0 (0)	10,0 (2)	0,0 (0)
Sem informação	1	1	1	1	1

Nota¹: Dispostos em escala de 1 a 5, sendo 1 o mais importante e 5 o menos importante.

Nota²: Os resultados estão apresentados em frequência relativa (frequência absoluta).

Discussão

A implantação da regulação ambulatorial em Campo Grande ocorreu tão logo foi instituída a Política Nacional de Regulação em 2008.⁸ No momento da pesquisa, o total de

médicos reguladores era de 27 profissionais. É sugerido um quantitativo de recursos humanos para operacionalizar o serviço de regulação.⁹

Esse quantitativo é calculado a partir da fórmula proposta pelas Diretrizes de Implantação de Complexos Reguladores⁹, $((PT \times PA) / TH) / CPH = RS$, cujo PT é a população total, PA é o Parâmetro de necessidade (habitante/ano), TH o total de horas de funcionamento da CR no período de um ano (12h/240 dias) e CPH é a capacidade produtiva (10 laudos/hora). Contudo, esta fórmula leva em consideração apenas regulação de procedimentos como radioterapia, quimioterapia, ressonância magnética, dentre outros, e não a necessidade de consultas especializadas. Além disso, o parâmetro utilizado baseava-se na Portaria nº 1.101 de 2002¹⁰, que estabelece os parâmetros assistenciais do SUS.

Adaptando a mesma fórmula, porém utilizando-se como parâmetro de necessidade o número de consultas especializadas/habitante/ano 0,44 com base na Portaria 1101 de 2002,¹⁰ que estabelece os parâmetros assistenciais do SUS e a população estimada de Campo Grande 853.622 pessoas¹¹, seriam necessários cerca de 13 reguladores simultâneos. Porém conforme observado durante a aplicação dos questionários, o serviço é realizado por seis reguladores simultâneos. Considerando que a central de regulação de Campo Grande regula encaminhamentos de todo o estado de Mato Grosso do Sul, composto por 79 municípios, com uma população total de mais de 2,6 milhões de habitantes¹¹, a necessidade passa de 13 para 40 reguladores simultâneos, evidenciando insuficiência de recursos humanos para execução do serviço.

A função de médico regulador é desempenhada há menos de um ano por 42,9% dos participantes, ao passo que 38,1% exerce essa atividade há cinco anos ou mais, ou seja, praticamente desde sua implantação. Não obstante, o número de reguladores com pouco tempo de exercício da função indica rotatividade dos profissionais, ainda que a maior parte tenha vínculo empregatício do tipo estatutário (61,9%). Contribui para esta situação o fato do trabalho

de médico regulador não ser um cargo específico, estabelecido por concurso, mas apenas uma função, que pode ser exercida e remunerada na forma de plantão, a exemplo do que ocorre no estado de Goiás.¹

A função de médico regulador é regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina apenas no âmbito da regulação das urgências e emergências, não estando ainda regulamentada para outros níveis assistências. Contudo, alguns pontos podem ser considerados universais para o exercício do processo regulatório, dentre os quais submeter-se a capacitações e treinamentos específicos em regulação, assim como experiência profissional.¹²

Com exceção de apenas um profissional, todos os outros reguladores realizaram algum tipo de treinamento, todavia, o mesmo não ocorre com a capacitação específica, visto que ainda que a especialização em regulação tenha sido mais realizada dentre aqueles que possuíam algum tipo de especialização em áreas da saúde pública (71,4%), equivale a apenas 23,8% do total de reguladores. Em 2006, as diretrizes para implantação do complexo regulador, antes mesmo da elaboração da política nacional de regulação, já previam a criação de cursos *lato e stricto sensu*. A qualificação do processo de trabalho e, por conseguinte, dos seus resultados, sofrem interferência direta da compreensão da proposta de regulação do SUS e da capacitação para a prática regulatória.¹³

No entanto, ainda que poucos reguladores neste estudo sejam especialistas em regulação em saúde, a maior parte atua ou já atuou em outros tipos de regulação além da ambulatorial, com exceção de sete reguladores, os demais atuam em outros pontos da rede de saúde pública e ainda 42,9% são especialistas formados em residência médica, o que proporciona uma visão ampliada da rede assistencial, e contribui de certo modo, para um melhor desempenho da sua função.

No processo de regulação, 90,5% priorizam o encaminhamento dos casos mais graves. É atribuição do médico regulador diferenciar dentre as diversas solicitações, quais demandam

prioridade, conforme a gravidade e classificação de risco. Para isso é necessário identificar, qualificar as solicitações, hierarquizar necessidades para melhor tomada de decisão.¹⁴

O quadro clínico e a prioridade do caso sobrepõem o protocolo no momento da regulação de 71,4% dos pesquisados. A tomada de decisão envolve informações originadas de processo de avaliação, percepção que o profissional de saúde tem dos problemas e a utilização de conhecimento pessoal que abrange saberes técnicos, políticos, institucionais, culturais, sociais dentre outros.¹⁵

No caso de recusa de um encaminhamento, o médico regulador tem o dever de orientar claramente o profissional solicitante sobre os motivos da recusa de modo a permitir que este tenha subsídios para melhor condução do caso clínico,¹² prática referida por 61,9% dos reguladores.

Tanto as avaliações das solicitações, quanto as orientações no caso de recusa, devem ter por base protocolos regulatórios e clínicos, sendo estes instrumentos que devem facilitar a ação regulatória, de modo a definir o desenho das redes de atenção, agilizar os agendamentos de consultas, sistematizar os critérios de regulação, adequar o percurso do usuário pela rede de atenção e definir os pontos de atenção conforme capacidade instalada e potencial de resolução.¹³ A ausência de protocolos de referência associado ao perfil dos médicos podem contribuir para incrementar a demanda por serviços de alta e média complexidade.¹⁶

Pouca utilização de tecnologias leves, associada à baixa resolutividade da atenção primária, pelo não esgotamento dos recursos neste nível de atenção antes do referenciamento a outros mais complexos, podem estar entre os principais motivos do excesso de encaminhamentos desnecessário.¹⁷

Nota-se neste estudo que praticamente não há comunicação direta entre os médicos da atenção primária e reguladores, visto que 90,4% afirmaram que raramente (57,1%) ou nunca (33,3%) são requisitados a orientar o médico solicitante por telefone. É importante que haja

troca de informações em saúde quando o objetivo é a melhoria do acesso e promoção da equidade.¹⁸ A comunicação permite melhor coordenação e continuidade do cuidado por parte dos médicos da atenção primária.¹⁹ Falha na comunicação entre profissionais pode acarretar prejuízos para pacientes, profissionais e serviços de saúde.²⁰

Ainda que a comunicação entre médicos reguladores e da atenção primária se dê basicamente por meio do encaminhamento feito por este último, segundo os médicos reguladores porção considerável não cumpre o protocolo de acesso (47,6%). Estes, quando corretamente utilizados, colaboram com a priorização dos agendamentos, pois levarão em conta critérios de risco, diminuem o tempo de espera para o agendamento, permitem melhor direcionamento do usuário dentro da rede de atenção e integralidade da assistência.²¹

A assistência à saúde na atenção primária à saúde (APS) deve contemplar atendimento não só preventivo, mas também, curativo, crônico e agudo.²² A APS compõe a rede de assistência às urgências e o médico de família deve estar preparado para reconhecer e dar o suporte necessário dentro do seu nível de atenção, e quando preciso, referenciar ao serviço de urgência.²³

Encaminhamentos feitos pela APS para atenção especializada, que deveriam ter sido feitas para serviços de urgência são regulados às vezes (42,9%) ou frequentemente (14,3%) por 57,2% dos pesquisados. Uma regulação inadequada pode colocar a saúde do paciente em risco. É prerrogativa do médico regulador classificar e definir o melhor local para atendimento e orientar o médico solicitante, bem como o próprio paciente quando se fizer necessário.¹²

Descrever melhor o quadro clínico para o encaminhamento foi considerado pelos reguladores o principal motivo de devolução de solicitações (57,1%) seguida de descrição de realização dos exames básicos do protocolo de acesso (42,9%). Situação semelhante foi observada em estudo de Ferreira et al. (2010)¹³ com médicos reguladores de Ribeirão Preto. O

não preenchimento adequado dos encaminhamentos pode retardar o acesso, bem como, mascarar o potencial resolutivo da rede.¹⁷

Ao contrário da ideia dos médicos reguladores de que aumentar o número de vagas para especialistas seria a principal medida a ser tomada, para melhorar a regulação do acesso em Campo Grande, o simples aumento de vagas acaba por tornar os encaminhamentos mecânicos, sem critérios, gerando desperdício de recurso, que levará a manutenção das filas e sem mudança da qualidade do atendimento.

Maiores investimentos na ampliação e consolidação da regulação se fazem necessário, especialmente na adequação do quantitativo de recursos humanos, na qualificação e valorização destes profissionais, com condições adequadas de trabalho, remuneração e educação permanente, além de melhor aproveitamento da riqueza de informações que a regulação pode fornecer.

A regulação em saúde ocupa uma posição singular nas redes de atenção uma vez que tem a possibilidade de observar como todo o sistema de assistência à saúde se processa. Para isso é necessário que as centrais de regulação assumam seu papel de instrumento de gestão, na distribuição da oferta e ordenamento de fluxos, cooperando na fiscalização dos serviços e principalmente apoiando e fortalecendo a atenção primária enquanto eixo central da RAS e coordenadora do cuidado.

Referências

1. Rosso CFW, Lima AR de, Barbosa NB, Santos TA de P, organizadores. *Regulação em sistemas de saúde*. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva; 2015.
2. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2010;10(Supl 1):14–27.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2010;15(5):2297–305.

4. Almeida PF de, Giovanella L, Mendonça MHM de, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública* 2010;26(2):286–98.
5. Vilarins GCM. Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. *Saúde debate* 2010;21:81–4.
6. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde debate* 2012;36(95):640–7.
7. Lemões MAM, Thumé E, Tomasi E, Dilélio AS, Borges CL dos S, Facchini LA. Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. *Epidemiol Serv Saúde* 2013;22(4):631–40.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559 de 1 de Agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* 2008; 1 ago.
9. Ministério da Saúde. Diretrizes para a implantação de complexos reguladores. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101 de 12 de Junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2002; 12 jun.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. População estimada do estado de Mato Grosso do Sul em 2015 [acessado 2016 Jan 18]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ms>
12. Conselho Federal de Medicina. Resolução n. 1.671/03 de 29 de julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências. *Diário Oficial da União* de 29 jul. 2003.
13. Ferreira JBB, Mishima SM, Santos JS dos, Forster AC, Ferraz CA. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(33):345–58.
14. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* 04 ago. 2008.
15. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cien Saude Colet* 2012;17(4):821–8.
16. Rosa TEC, Bersusa AAS, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venancio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12:158-71.

17. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis* 2012;22(1):119–40.
18. Thiede M, McIntyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad. Saúde Pública* 2008;24(5):1168–73.
19. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM de, Senna M de CM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007;21(2-3):164–76.
20. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 2004;79(2):186-94.
21. Santos JS dos, Pereira Junior GA, Bliacheriene AC, Forster AC. *Protocolos Clínicos e de Regulação: Acesso à rede de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. 1360p.
22. Campos CEA. Os princípios da medicina de família e comunidade. *Revista APS* [Internet]2005;8(2). Disponível em: www.ufjf.br/nates/files/2009/12/principios.pdf
23. Ikuta YM. Princípios da prática da emergência pré-hospitalar. In: Gusso G, Lopes JMC, organizadores. *Tratado de medicina da família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 1999-2003.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os fundamentos da MFC e ESF está a coordenação do cuidado, que servirá de base para toda a assistência prestada na APS. Coordenar o cuidado é responsabilizar-se por toda a gestão do cuidado de um indivíduo, família ou comunidade, é definir fluxos assistenciais, conhecer, planejar e organizar a assistência. Para tanto é preciso conhecimento técnico, trabalho em equipe, vínculo com a população, articulação com outros níveis de assistência, dentre eles a regulação dos serviços de saúde.

Tanto na ESF quanto na CR, a porcentagem de profissionais com pouco tempo de atuação no serviço aproxima-se de 50%. A dificuldade de fixação do profissional médico no serviço público é comum em todo o Brasil. Particularmente no caso dos profissionais da ESF, tempo de atuação no serviço tem relação direta com o vínculo com a população assistida. Vínculos empregatícios mais seguros, como planos de cargos e carreira e melhores condições de trabalho contribuiriam para aumentar em número e tempo de permanência deste profissional no SUS.

A necessidade e importância da formação de médicos especialistas é inquestionável. Contudo, a formação de médicos com vistas à atenção às principais necessidades em saúde da população, que em mais de 80% das situações pode ser resolvida na APS, torna-se tão ou mais importante que a formação de superespecialistas. A inserção precoce de acadêmicos de medicina nos diversos serviços de atenção à saúde, especialmente na atenção primária, amplia o conhecimento de redes de atenção e propicia ao aluno maior conhecimento sobre o trabalho médico em especial na ESF que, somado a maior incentivo e valorização do governo nos programas de residência médica em MFC, poderá ampliar o número de profissionais melhor capacitados para atuação na APS.

Estar qualificado para o trabalho, é essencial para qualquer profissão. No campo da saúde, esta qualificação tem relação direta com a qualidade de vida das pessoas. Em alguns casos, é o diferencial e determinante para a manutenção da vida. Não só o médico, mas todo profissional de saúde deve estar em constante processo de atualização e capacitação.

Na ESF, ainda que apenas quatro profissionais possuíssem a especialização ideal para a APS, que é a residência médica em MFC, há de se considerar os 45,3%

destes profissionais, que de uma forma ou outra, buscaram capacitar-se para assistência em APS. Já na CR, mesmo com a secretaria de saúde em parceria com o instituto de ensino e pesquisa do Hospital Sírio Libanês, oferecerem curso de especialização em Regulação em Saúde no SUS, somente 23,8% o fizeram.

Com relação ao treinamento para atuar no serviço, na CR apenas um profissional não realizou qualquer treinamento, enquanto na ESF, esse número não chega a 50%. Trata-se de uma falha na gestão visto que é à esta que compete o fornecimento deste tipo de capacitação. O curso introdutório, treinamento básico para aqueles que trabalharão na ESF, subsidia esses profissionais para melhor desempenho de suas funções, além da capacidade de promover maior vínculos entre os profissionais da equipe. Mato Grosso do Sul dispõe do CI e, ainda que na modalidade à distância, através do telessaúde, é um recurso pouco aproveitado.

Mesmo que metade dos profissionais julguem que a regulação contribua para a coordenação do cuidado, porção considerável (34%) declarou o contrário. Este dado pode inferir em pouco ou nenhum conhecimento sobre regulação em saúde, ou ainda, que a regulação não vem cumprindo seu papel no sentido de trabalhar em parceria, como apoiadora da ESF, já que alguns médicos citaram a pouca maleabilidade da regulação como entrave à obtenção de vaga de consulta especializada.

A gestão da clínica é um valioso instrumento de trabalho, especialmente para a APS, porém pode e deve ser utilizada em todos os serviços envolvidos com a assistência à saúde. Os médicos reguladores afirmaram a realização de triagem dos encaminhamentos, com priorização dos casos mais graves. Contudo, questiona-se a qualidade da gestão da fila de espera com um quantitativo de médicos reguladores tão inferior ao ideal.

Já na ESF, o volume de encaminhamentos sob a responsabilidade do profissional médico, é muito menor, com maiores chances de melhor controle, porém o que se observou foi ausência de sistematização, controle e organização da fila de espera. Planejamento, execução e avaliação de ações e organização do processo de trabalho, fazem parte do processo de treinamento daqueles que realizam o curso introdutório, ainda incipiente na ESF de Campo Grande.

Ainda que em unidades básicas de saúde o atendimento seja ambulatorial, estas fazem parte da rede de atenção às urgências. É primordial que a equipe como um todo esteja apta a dar o primeiro atendimento e oferecer o suporte adequado, dentro do nível primário até que seja oportunizada assistência adequada. É importante

que esteja claro para o profissional a diferença entre prioridade e urgência no momento da regulação. Uma situação de urgência regulada inadequadamente pelo médico da atenção básica pode colocar em risco a saúde do usuário.

Identificado um encaminhamento de urgência, equivocadamente regulado por via ambulatorial, caberá ao médico regulador reordenar o fluxo da maneira mais adequada possível, o que inclui o contato com o usuário para verificação real da sua situação de saúde e orientações sobre as medidas a serem tomadas, acionar ou orientar a dirigir-se a um serviço de urgência. Todavia, apenas cerca de metade dos reguladores procuram de alguma maneira, seja pessoalmente ou solicitando auxílio do enfermeiro regulador, resolver no momento da regulação uma possível situação de urgência. A responsabilidade do ato de regular cabe tanto ao médico que encaminha, quanto ao define o caminho na rede assistencial.

A comunicação direta dos profissionais, com discussão do quadro clínico é obrigatório nas regulações de urgência e emergência, realizadas pelas centrais de regulação das equipes dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O mesmo não ocorre na regulação do acesso à assistência especializada, e de fato, na maior parte das vezes não é necessária. Contudo, em situações especiais, ou seja, casos prioritários, ou apenas para sanar dúvidas sobre os protocolos e fluxos, a comunicação direta entre os profissionais favorece a viabilização do acesso aos serviços. A troca de informações interfere positivamente na qualidade do serviço prestado, independentemente do nível assistencial.

Cabe assinalar como divergem as opiniões entre os médicos reguladores e da ESF acerca do manejo do protocolo. Os médicos da ESF referiram conhecer e ter acesso aos protocolos, utilizá-los na maioria das vezes, porém a maioria dos médicos reguladores consideraram que os médicos da ESF não seguem os protocolos de acesso, mais de um quarto dos demais referiram que o protocolo é seguido, porém não justificam claramente a necessidade de consulta especializada.

Quando há alguma falha no encaminhamento, seja por falta de cumprimento dos requisitos dos protocolos de acesso, seja por informações incorretas, com CID-10, equívoco na escolha da especialidade, entre outros, esses são devolvidos para correções.

Para os reguladores o principal motivo de devolução das solicitações é a necessidade de melhorar a descrição do quadro clínico, contrariando a afirmação dos médicos da ESF de que conhecem e utilizam os protocolos na maior parte das vezes.

Já aos médicos da ESF declararam a necessidade de melhorar a descrição de exames básicos do protocolo, o que contradiz a afirmação da maior parte dos reguladores de que o durante a atividade de regulação o quadro clínico e a prioridade do caso são considerados independentemente do protocolo.

Todavia, os profissionais de ambos os serviços concordam em um ponto, isto é, que para melhorar o acesso à atenção especializada é necessário, primeiramente o aumento da oferta de vagas para este nível de atenção, fato que, como já discutido, não resolve a médio e longo prazo o problema das filas de espera.

Cada grupo apontou como medida menos importante a gestão da clínica nos serviços de saúde onde respectivamente atuam. Um serviço de saúde, para que tenha bom desempenho, deve estar em constante processo de autoavaliação, apurando as falhas e deficiências, suas causas e com isso buscar meios de solucionar tais problemas no seu processo de trabalho.

Conclui-se que maiores investimentos em capacitação tanto dos profissionais médicos da ESF quanto da CR no que refere a microgestão dos respectivos serviços se fazem necessários, bem como maior valorização, melhores condições de trabalho e vínculos trabalhista mais seguros para expandir e fortalecer a fixação destes profissionais no SUS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. de; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 018055.

BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria n. 692, de 25 de março de 1994. Cria o Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 1994. Seção 1, p. 4572.

BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprovar, 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 à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 fev. 2002. Seção 1, p. 52.

BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 71.

BRASIL. Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 ago. 2008. Seção 1, p. 48.

BRASIL. Gabinete do Ministro. 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] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. 21 out. 2011, Seção 1, p. 48–55.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF. 13 jun. 2013, Seção 1, p. 59–62.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Campo Grande, 2013. Disponível em: <<http://www.pmcg.ms.gov.br/sesau/downloads?categoria=23>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

CAMPO GRANDE. Poder Executivo. Decreto nº 12.395, de 9 de julho de 2014. Altera dispositivos do Decreto nº 10.719, de 16 de janeiro de 2009, alterado o Decreto nº 11.226, de 14 de Julho de 2010, que dispõe sobre a competência e estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde Pública, e dá outras providências. **Diário Oficial de Campo Grande – MS**. Campo Grande, 9 jul. 2014a. Parte 1, p. 6.

CAMPO GRANDE. Resolução SESAU nº 182, de 12 de maio de 2014. Aprova os protocolos de acesso às consultas e exames especializados de média e alta complexidade. **Diário Oficial de Campo Grande – MS**. Campo Grande, 27 mai. 2014b. Supl. 1, p. 1-78.

CECILIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 280–289, jun. 2012.

CECILIO, L. C. O.; ANDREAZZA, R.; CARAPINHEIRO, G.; ARAÚJO, E. C.; OLIVEIRA, L. A.; ANDRADE, M. G. G.; MENESES, C. S.; PINTO, N. R. S.; REIS, D. O.; SANTIAGO, S.; SOUZA, A. L. M.; SPEDO, S. M. A. Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, nov. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.671, de 9 de Julho de 2003. Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 9 mar. 2003. Seção 1, p. 75-78.

DATASUS. Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde. Profissionais por competência (médico) – Coordenadoria de regulação de consultas e exames de Campo Grande (MS). Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=5002707099428>. Acesso em: 26 ago. 2014.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FERREIRA, J. B. B.; MISHIMA, S. M.; SANTOS, J. S. DOS; FORSTER, A. C.; FERRAZ, C. A. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 33, p. 345–358, jun. 2010.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S331–S336, jan. 2004.

LOPES, J. M. C. Princípios da medicina de família e comunidade. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2012. cap. 1, p. 1-11.

MCDONALD, K. M.; SUNDARAM, V.; BRAVATA, D. M.; LEWIS, R.; LIN, N.; KRAFT, S. A.; MCKINNON, M.; PAGUNTALAN, H.; OWENS, D. K. **Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies**. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007. (v. 7).

MENDES, E. V. **Redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (Org). **A política de regulação do Brasil**. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B; MAGALHÃES JR, H. M. **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado: movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004. (Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Texto para curso. Linha de pesquisa Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. 2. ed. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

RODRIGUES, P. H. A.; NEY, M. S.; PAIVA, C. H. A.; SOUZA, L. M. B. M. Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1147–1166, dez. 2013.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 25-41, jan./jun. 2006.

SCHEFFER, M. (Coord). **Demografia Médica no Brasil 2013**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2013, v.2, 256 p.

SCHEFFER, M. (Coord). **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **Você conhece a Medicina de Família e Comunidade?** Rio de Janeiro: SBMFC, 2006. (Texto divulgado na forma de um caderno, editorado, para a comunidade, profissionais de saúde e mídia).

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 1. ed. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SCHULTZ, E. M.; PINEDA, N.; LONHART, J.; DAVIES, S. M.; MCDONALD, K. M. A systematic review of the care coordination measurement landscape. **BioMed Central Health Services Research**, v. 13, n. 1, p. 119-130, mar. 2013.

VILARINS, G. C. M. Regulação do acesso à assistência: conceitos e desafios. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 81-84, 2010.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care: report of the international conference on Primary Health Care**. Geneva: WHO, 1978.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA O MÉDICO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1 CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Há quanto tempo você atua na ESF?

_____ (anos ou meses)

Qual o vínculo seu vínculo empregatício com a SESAU?

- a) () Estatutário
- b) () Contrato
- c) () Programa mais médicos
- d) () Provab

Você possui alguma formação na área de Atenção Primária à Saúde?

Pode ser marcada mais de uma alternativa.

- a) () Pós-graduação em Medicina da Família e Comunidade
- b) () Pós-graduação em Saúde da Família
- c) () Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade
- d) () Mestrado/Doutorado (em qualquer das áreas da Saúde Coletiva)
- e) () Nenhuma

Para exercer a função de médico da ESF você participou do curso introdutório?

- a) () Sim
- b) () Não

Quanto à educação permanente, com que frequência você participa de cursos de educação continuada/capacitação?

- a) () Sempre
- b) () Frequentemente
- c) () Às vezes
- d) () Raramente
- e) () Nunca

Os cursos de capacitação dos quais participou ou participa são, em sua maioria:

Pode ser marcada mais de uma alternativa.

- a) () Oferecidos pela gestão municipal
- b) () Oferecidos por entidades médicas (CRM, SinMed, ASMMFC)
- c) () Oferecidos por Universidades
- d) () Custeados com recursos próprios
- e) () Outros

2. REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA

Na sua opinião, a regulação em saúde de Campo Grande

- a) () Interfere negativamente na coordenação do cuidado
- b) () Contribui para a coordenação do cuidado
- c) () Não interfere na coordenação do cuidado
- d) () Não sei responder

Sobre os protocolos para referência para consulta especializada via SISREG, você:

- a) () Desconhece
- b) () Conhece mas não tem acesso aos mesmos na unidade de saúde onde trabalha

- c) () Conhece, tem acesso aos mesmos, porém não os utiliza
- d) () Conhece, tem acesso aos mesmos e os utiliza na maior parte das vezes

Com que frequência você tem seus encaminhamentos autorizados pelo SISREG?

- a) () Sempre
- b) () Na maioria das vezes
- c) () Poucas vezes
- d) () Nunca
- e) () Não sabe informar

A sua interação com o SISREG, além do encaminhamento, ocorre:

Pode ser marcada mais de uma alternativa.

- a) () Via e-mail
- b) () Via gerência
- c) () Por telefone, em contato direto com o médico regulador
- d) () Nunca teve outras formas de contato com o SISREG

Como você avalia o tempo de espera para consulta com especialista, na maior parte das vezes?

- a) () Satisfatório
- b) () Pouco satisfatório
- c) () Insatisfatório
- d) () Muito insatisfatório
- e) () Não sabe

Como você avalia, o grau de dificuldade que você tem, na maior parte das vezes, em obter vaga para um paciente que necessita de consulta especializada?

- a) () Difícil
- b) () Moderado
- c) () Fácil
- d) () Muito fácil
- e) () Não sei responder

A que você atribui a dificuldades?

- a) () Oferta reduzida de vagas para a especialidade
- b) () Pouco conhecimento sobre os protocolos de acesso
- c) () Pouca maleabilidade da regulação na avaliação dos encaminhamentos
- d) () Dificuldade em cumprir os requisitos exigidos pelo protocolo de acesso

Nos casos prioritários, que necessitam maior agilidade no agendamento, como você procede?

Pode ser marcada mais de uma alternativa.

- a) () Utilizo a classificação de risco na ficha de solicitação (vermelho/ amarelo/verde/azul)
- b) () Além de cumprir os requisitos mínimos do protocolo, informo que é urgente e justifico com dados clínicos
- c) () Apenas sigo o protocolo e deixo a priorização a cargo da regulação
- d) () É feito contato com o SISREG, via e-mail ou telefone solicitando priorização
- e) () Uso de influência pessoal (contato com um colega especialista ou serviço) para conseguir acesso rápido sem passar pela regulação

Com que frequência a gerência ou a recepção da unidade onde trabalha lhe repassa os encaminhamentos devolvidos pela regulação para adequação?

- a) () Semanalmente
- b) () Quinzenalmente

- c) () Mensalmente
- d) () Não repassa. Quem repassa as devoluções são os próprios pacientes quando retornam para acompanhamento
- e) () Não sabe informar

Coloque em ordem de frequência, sendo o 1 o mais frequente e 5 o menos frequente, os principais motivos de devolução de seus encaminhamentos.

- a) () Melhor descrição do quadro clínico
- b) () Descrição dos resultados de exames do protocolo
- c) () Adequação do CID-10
- d) () Adequação do procedimento solicitado (mudança de especialidade)
- e) () Rever erros de digitação

Você já recebeu algum treinamento sobre o manejo do protocolo pela central de regulação?

- a) () Sim, contribuiu para melhorar o meu processo de trabalho
- b) () Sim, porém não foi útil no meu processo de trabalho
- c) () Não, mas considero que seria importante fazê-lo
- d) () Não e não acredito que fazê-lo melhoraria o processo de trabalho

Na sua opinião, que ações poderiam ser tomadas para melhorar a regulação do acesso à atenção especializada em Campo Grande, e com isso, melhorar o acesso dos usuários à atenção especializada? Classifique de 1 a 5 o grau de importância, sendo 1 o mais importante e 5 o menos importante.

- a) () Revisão dos protocolos feita por médicos especialistas, reguladores e representantes da atenção básica
- b) () Melhorar comunicação entre a central de regulação e atenção básica
- c) () Melhorar a gestão da clínica nas unidades de ESF (por meio de gestão de casos e de patologias)
- d) () Melhorar a gestão da clínica na central de regulação (por meio de melhoria da gestão de listas de espera e auditoria clínica)
- e) () Aumento do número de vagas para especialistas

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA O MÉDICO REGULADOR

1. CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

Há quanto tempo você atua na regulação?

_____ (anos ou meses)

Qual o vínculo seu vínculo empregatício com a SESAU?

- a) () Estatutário
- b) () Contrato

Para exercer a função de regulador você recebeu algum tipo de treinamento específico em regulação médica?

- a) () Sim, apenas teórico
- b) () Sim, apenas prático
- c) () Sim, teórico-prático
- d) () Nenhum

Possui residência médica?

- a) () Sim. Qual? _____
- b) () Não

Possui especialização ligada a regulação ou outras áreas da saúde pública?

Pode ser assinalada mais de uma afirmativa.

- a) () Sim, especialização em regulação em saúde
- b) () Sim especialização em auditoria
- c) () Sim especialização em saúde coletiva
- d) () Não possuo especializações vinculadas a estas áreas.

Além da regulação, você atua em outros serviços da rede de saúde pública?

Pode ser assinalada mais de uma afirmativa.

- a) () Sim, atenção especializada
- b) () Sim, atenção hospitalar
- c) () Sim, pronto-atendimento (UPA/CRS)
- d) () Sim, atenção primária
- e) () Sim, gestão em saúde
- f) () Não

Atua ou já atuou em quais tipos de regulação?

Pode ser assinalada mais de uma afirmativa.

- a) () Urgência e emergência estadual (CERA)
- b) () Urgência e emergência municipal pré-hospitalar (SAMU municipal)
- c) () Urgência e emergência estadual pré-hospitalar (SAMU estadual)
- d) () Municipal de leitos e cirurgias eletivas (SISREG hospitalar)

2. REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA

No processo de regulação:

Pode ser assinalada mais de uma afirmativa.

- a) () É feita triagem das solicitações com priorização dos casos mais graves
- b) () É levado em consideração o quadro clínico e prioridade do caso independentemente do protocolo

- c) () É levado em consideração o quadro clínico e prioridade do caso, porém deve seguir obrigatoriamente o protocolo

Com relação às solicitações realizadas pela atenção básica de Campo Grande

- a) () Em sua maioria não seguem o protocolo, sendo o principal motivo de devolução a necessidade de fornecer maiores informações clínicas
 b) () Em sua maioria não seguem o protocolo, sendo a falta de informações sobre os resultados dos exames exigidos pelo protocolo o principal motivo de devolução das solicitações
 c) () Em sua maioria seguem o protocolo, porém há muito encaminhamento cujas informações não justificam claramente a necessidade de uma consulta especializada
 d) () Em sua maioria seguem o protocolo, justificando claramente a necessidade de uma consulta especializada
 e) () Não sei informar

Coloque em ordem de frequência, sendo o 1 o mais frequente e 5 o menos frequente, os principais motivos de devolução dos encaminhamentos dos médicos da ESF

- a) () Melhor descrição do quadro clínico
 b) () Descrição dos resultados de exames do protocolo
 c) () Adequação do CID-10
 d) () Adequação do procedimento solicitado (mudança de especialidade)
 e) () Rever erros de digitação

De que modo você auxilia o médico solicitante na regulação do acesso quando é feita devolução da solicitação?

Escolha a opção com maior frequência no seu processo de trabalho

- a) () Quando há devolução da solicitação informo claramente os motivos da devolução e solicito seguir o protocolo utilizado informações padrão
 b) () Informo claramente os motivos da devolução e explico como proceder para facilitar o encaminhamento, de modo individualizado
 c) () Apenas devolvo solicitando seguir o protocolo
 d) () Conforme o caso, além das orientações na devolução do encaminhamento, solicito contato da central de regulação com o solicitante para melhor orientação

Com que frequência você é solicitado a dar orientações via telefone ao médico solicitante?

- a) () Frequentemente
 b) () Às vezes
 c) () Raramente
 d) () Nunca

Com que frequência você já regulou solicitações feitas pela atenção primária à atenção especializada que deveriam ter sido feitas via urgência (SAMU)?

- a) () Frequentemente
 b) () Às vezes
 c) () Raramente
 d) () Nunca

Quando acontece a situação referida na pergunta anterior, como você procede?

- a) () Apenas devolvo a solicitação orientando encaminhar via urgência
 b) () Devolvo a solicitação orientando encaminhar via urgência e solicito que a central de regulação entre em contato com a unidade solicitante informando a devolução para agilizar a resolução do caso

- c) () Devolvo a solicitação e peço para que um enfermeiro regulador entre em contato com o paciente para saber o atual estado clínico e se realmente for urgência eu mesmo oriento usuário a procurar o serviço de urgência do município
- d) () Devolvo a solicitação orientando a encaminhar via urgência e entro em contato telefônico com o usuário para averiguação do caso e orientá-lo a procurar o serviço de urgência, caso seja necessário

Na sua opinião, que ações poderiam ser tomadas para melhorar a regulação do acesso à atenção especializada em Campo Grande, e com isso, melhorar o acesso dos usuários à atenção especializada? Classifique de 1 a 5 o grau de importância, sendo 1 o mais importante e 5 o menos importante.

- a) () Revisão dos protocolos feita por médicos especialistas, reguladores e representantes da atenção básica
- b) () Melhorar comunicação entre a central de regulação e atenção básica
- c) () Melhorar a gestão da clínica nas unidades de ESF (por meio de gestão de casos e de patologias)
- d) () Melhora a gestão da clínica na central de regulação (por meio de melhoria da gestão de listas de espera e auditoria clínica)
- e) () Aumento do número de vagas para especialistas

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa intitulada: **REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE**. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por Milene da Silva Dantas Silveira.

Pretende-se com este estudo conhecer o processo regulatório na Atenção Primária, especificamente na Estratégia de Saúde da Família e sua relação com o serviço de regulação do acesso à atenção especializada no município de Campo Grande, a fim de subsidiar gestores para a reorganização de ações que possibilitem minimizar o tempo de espera por atendimento especializado.

Poderão participar deste estudo profissionais médicos lotados nas unidades de ESF e na Coordenadoria de Regulação de Consultas e Exames no momento da coleta de dados que estejam atuando nesses serviços há pelo menos 6 meses.

Você será requisitado a preencher um questionário para posterior estudo.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei, somente a pesquisadora, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

Para perguntas ou problemas referentes ao estudo ligue a pesquisadora responsável, no telefone (67) 8426-2033. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo chame o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67) 3345-7187.

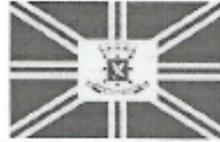
Sua participação no estudo é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo, ou pode desistir a qualquer momento. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

_____ data _____
Assinatura do Voluntário

_____ data _____
Assinatura da pesquisadora

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE PARA COLETA DE DADOS



Secretaria Municipal de Saúde Pública
Diretoria de planejamento e Gestão em Saúde

Autorização

Prezado Senhor,

Informamos que a pesquisadora **MILENE DA SILVA DANTAS SILVEIRA**, está autorizada a realizar a pesquisa intitulada "**REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**".

A pesquisadora assinou o Termo de Responsabilidade com a SESAU e o Termo de Parceria para a Pesquisa na Área da Saúde, e está acordado que iniciará a pesquisa após a aprovação do Comitê de Ética e ciência desta Secretaria, comprometendo-se em disponibilizar uma cópia do trabalho quando concluído.

Campo Grande, 06 de março de 2015.

Regina L. Portiolli Furlanetti

Coordenadoria de Convênios de Cooperação Mútua

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REGULAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Milene da Silva Dantas Silveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44350915.1.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.045.233

Data da Relatoria: 30/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa, a ser realizado no município de Campo Grande (MS), de junho a agosto de 2015. A coleta de dados primários será realizada com todos os profissionais médicos lotados nas unidades de Estratégia Saúde da Família e na Coordenadoria de Regulação de Consultas e Exames (CREG) que aceitarem participar da pesquisa (após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) por meio de dois questionários semiestruturados e autoaplicáveis, elaborados pela pesquisadora. Será realizada coleta de dados secundários junto à CREG através do sistema de informação em regulação (SISREG), utilizando como período estudado o mesmo em que ocorrerá a coleta de dados primários, para caracterização do serviço de regulação à atenção especializada disponível em Campo Grande, quanto ao número de solicitações realizadas pelas UBSF, bem como sua situação (autorizadas, pendentes, devolvidas), demanda reprimida e oferta de serviços por especialidade, unidades reguladas, tempo médio de espera por especialidade, abstenção.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Conhecer a regulação do acesso à atenção especializada na Estratégia de Saúde da Família no município de Campo Grande, MS.

Objetivo Secundário:

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 1.045.233

- a) caracterizar o profissional médico tanto da equipe das unidades de ESF como o do serviço de regulação, quanto à experiência profissional na função exercida, tipo de vínculo empregatício e capacitações realizadas;
- b) investigar como ocorre a regulação do acesso à atenção especializada pelos médicos das equipes de ESF;
- c) investigar como ocorre a regulação do acesso à atenção especializada pelos médicos reguladores;
- d) buscar junto ao SISREG dados referentes ao número de solicitações realizadas pelas unidades de saúde da família (UBSF) no mesmo período da coleta de dados primários quanto à sua situação (pendentes, devolvidas, autorizadas); solicitações por especialidade; tempo médio de espera para cada especialidade regulada; oferta regulada; demanda reprimida; abstenção

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Riscos mínimos, poderão ocorrer durante a aplicação do instrumento de coleta de dados (questionário elaborado pela própria pesquisadora). O voluntário poderá se sentir constrangido.

Benefícios:

Possibilitar ações de modo a minimizar o tempo de espera por atendimento especializado

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto este bem escrito com literatura atualizada e compatível com o tema. A metodologia proposta está adequada aos objetivos. O tema é relevante, pois, apesar da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde ser instituída em 2008, e do Sistema de Informação em Regulação (SISREG), ainda hoje existe entraves na Regulação do Acesso à Assistência a necessidade do usuário (atendimentos de urgência, consultas, leitos e outros) e no sistema de monitoramento das filas. Assim, fazem-se necessárias ações que possam minimizar o tempo de espera por atendimentos especializados, com vistas à melhoria de qualidade de vida da população do município de Campo Grande.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Apresenta todos os termos obrigatórios:

TCLE adequado

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 1.045.233

Autorização da SESAU

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências que impeçam a realização da pesquisa

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAMPO GRANDE, 30 de Abril de 2015

Assinado por:
PAULO ROBERTO HAIDAMUS DE OLIVEIRA BASTOS
 (Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br

ANEXO C – LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE CONSULTA ESPECIALIZADA

	Laudo para Solicitação de Consulta Especializada	
Sistema de Regulação		
Identificação do Paciente		
Nome: _____ Nasç: ____/____/____ CNS: _____ Prontuário: _____ CPF: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Raça/Cor: _____ Nome da Mãe: _____ Tel Contato: _____ Nome do Responsável: _____ Tel Contato: _____ Endereço (Rua, Número, Bairro): _____ Município de Residência: _____ UF: _____ CEP: _____		
Identificação do Solicitante		
Unidade: _____ CNES: _____ Município: _____ Tel/Fax: _____		
Identificação da Solicitação Consulta Especializada		
Nome: _____	Código: _____	Cid 10: _____
Informações para a Solicitação do Atendimento		
Queixa Quadro Clínico Exame Físico Exames Complementares Realizados Medicamentos em Uso Outros _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Motivo do Encaminhamento com Hipótese Diagnóstica		
_____ _____		
Profissional Solicitante		
Nome: _____ Conselho de Classe: _____ Data: ____/____/____ Horário: _____ Assinatura e Carimbo _____		
Motivo da Recusa para o Agendamento		
_____ Data: ____/____/____ Horário: ____/____/____		