Trabalho, Educação e Saúde

ARTIGO

https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2776

Análise da Autorregulação Formativa Territorial no Espírito Santo na percepção de médicos e gestores

Analysis of Territorial Formative Self-Regulation in Espírito Santo as perceived by doctors and managers

Análisis de la Autorregulación Formativa Territorial en Espírito Santo percibida por médicos y gestores

Clarice Sampaio Cunha[1] Andréa Lanzillotti Cardoso[2]
Marcia Maria Pereira Rendeiro[3]

[1] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Telessaúde e Saúde Digital, Rio de Janeiro, Brasil.
claricesampaiop@gmail.com

[2] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro Biomédico, Faculdade de Odontologia, Rio de Janeiro, Brasil.
andrealanzi.ppc@gmail.com

[3] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia, Departamento de Odontologia Preventiva e Comunitária, Rio de Janeiro, Brasil.
mmredeiro@yahoo.com

Resumo

A Autorregulação Formativa Territorial foi implantada em todos os municípios do Espírito Santo em 2020 e consiste em um modelo de atenção que pretende reorganizar os processos de trabalho desde a atenção primária até o nível hospitalar. Este manuscrito teve por objetivo analisar a satisfação de médicos e gestores em saúde quanto à realização dessa autorregulação na região de saúde sul do estado. Trata-se de um estudo descritivo, documental, com abordagem qualitativa. O público pesquisado reuniu médicos cardiologistas e psiquiatras, médicos de atenção primária, gestores de Atenção Primária à Saúde e o gestor de um núcleo regional de especialidade. Os resultados demonstraram que os entrevistados perceberam que a Autorregulação Formativa Territorial contribui para a aproximação da Atenção Primária à Saúde com a atenção especializada, porém ainda não há redução do tempo e filas de espera para as especialidades analisadas. Conclui-se que esse modelo pode representar uma oportunidade de contribuição para a prestação de serviços de saúde por meio da possibilidade de melhora no acesso, na eficiência e na qualidade do cuidado, além de reduzir os custos operacionais.

Palavras-chave Atenção Primária à Saúde; Sistema Único de Saúde; telessaúde; telerregulação.

Como citar: CUNHA, Clarice S.; CARDOSO, Andréa L.; RENDEIRO, Márcia M. P. Análise da Autorregulação Formativa Territorial no estado do Espírito Santo na percepção de médicos e gestores. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 22, e02776267, 2024. https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2776

Recebido: 15/02/2024
Aprovado: 11/07/2024

CC BY

Abstract

Territorial Formative Self-Regulation was implemented in all municipalities in the state of Espírito Santo, Brazil, in 2020, and consists of a care model that aims to reorganize work processes from primary care to the hospital level. This manuscript aimed to analyze the satisfaction of doctors and health managers regarding implementing this self-regulation in the southern health region of the state. This is a descriptive, documentary study with a qualitative approach. The public surveyed included cardiologists and psychiatrists, primary care physicians, primary health care managers, and a regional specialty center manager. The results showed that the interviewees perceived that Territorial Formative Self-Regulation contributes to bringing Primary Health Care closer to specialized care. However, there is still no reduction in waiting times and queues for the specialties analyzed. The conclusion is that this model could represent an opportunity to contribute to providing health services by improving access, efficiency, and quality of care and reducing operating costs.

Keywords Primary Health Care; Unified Health System; telehealth; teleregulation.

Resumen

La Autorregulación Formativa Territorial se implantó en todos los municipios del estado de Espírito Santo, Brasil, en 2020, y consiste en un modelo de atención que pretende reorganizar los procesos de trabajo desde la atención primaria hasta el nivel hospitalario. El objetivo de este manuscrito fue analizar la satisfacción de los médicos y gestores de salud con la implementación de esta autorregulación en la región sur de salud del estado. Se trata de un estudio descriptivo, documental y con enfoque cualitativo. El público encuestado incluyó cardiólogos y psiquiatras, médicos de atención primaria, gestores de atención primaria y el gestor de un centro regional de especialidades. Los resultados mostraron que los entrevistados perciben que la Autorregulación Formativa Territorial contribuye a acercar la Atención Primaria a la especializada, pero aún no se reducen los tiempos de espera y las colas para las especialidades analizadas. Se concluye que este modelo puede representar una oportunidad para contribuir a la prestación de servicios sanitarios mejorando el acceso, la eficiencia y la calidad asistencial, así como reduciendo los costes operativos.

Palabras clave Atención Primaria; Sistema Único de Salud; telesalud; telerregulación.

Introdução

O sistema de saúde público brasileiro, denominado de Sistema Único de Saúde (SUS), está organizado em níveis de complexidade e em redes de atenção, sendo a atenção primária a 'porta de entrada preferencial', além de ser definida como a ordenadora do cuidado dessa rede de atenção (Brasil, 1990). Assim, com o objetivo de garantir a integralidade da atenção, a oferta de serviços deve ser organizada em redes horizontalizadas – tendo como centro a atenção primária – que se constituem por arranjos organizativos de ações e serviços com diferentes densidades tecnológicas, interligados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que visam promover a integralidade do cuidado (Brasil, 2017).

A Política Nacional de Regulação do SUS foi instituída pela portaria GM/MS n. 1.559/2008 do Ministério da Saúde (Brasil, 2008) e atualmente está consolidada por meio da portaria n. 2, de 27 de setembro de 2017, em seu anexo XXVI, no qual se estabelecem ações organizadas em três dimensões de atuação que devem estar integradas entre si e envolvem a regulação de sistemas de saúde, da atenção à saúde e do acesso à assistência (regulação do acesso ou assistencial (Brasil, 2017).

De acordo com o relatório de gestão 2015-2018 da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, a resolutividade no nível da Atenção Primária à Saúde (APS) ainda é deficiente, por isso os níveis

de média e alta complexidades ficam sobrecarregados por situações que deveriam ser resolvidas no primeiro nível de atenção. O relatório aponta também que o acesso aos serviços de saúde é a maior necessidade relatada pelos capixabas. Além disso, destaca que existem enormes filas de espera para consultas especializadas, exames e cirurgias eletivas (Espírito Santo, 2018).

Ao se considerarem o cenário apontado por esse relatório e documentos do Ministério da Saúde, tais como as portarias que instituem a Política Nacional de Regulação (Brasil, 2008) e as redes de atenção à saúde (RAS) (Brasil, 2017), foi implantada a Autorregulação Formativa Territorial (ARFT) no estado do Espírito Santo.

A ARFT, definida pela portaria n. 102-R, de 20 de maio de 2021, consiste em uma forma de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre atenção primária e especializada (Espírito Santo, 2021). Nesse sentido, os médicos especialistas passam a cuidar do paciente juntamente com o médico solicitante da APS, a regular o acesso para a atenção especializada e a promover o diálogo com o solicitante na perspectiva da educação permanente em saúde, com o objetivo de aumentar a resolutividade na APS e promover o adequado percurso terapêutico do usuário (Espírito Santo, 2021).

Até 2020, a regulação de consultas e exames ocorria por meio de um sistema de regulação nacional *web* (Sisreg) disponibilizado aos estados e municípios. Porém, após a implantação da ARFT, a interação entre os profissionais não ocorre mais por meio desse sistema, mas por outro customizado para a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo, que utiliza como ferramentas a teleconsultoria, a teleducação e a opinião formativa (Espírito Santo, 2022a).

Embora esteja vigente há 34 anos, o sistema de saúde pública brasileiro ainda apresenta diversos desafios a serem superados, sobretudo relacionados à melhoria da APS, à fragmentação do cuidado e à implementação do princípio da integralidade. A ARFT propõe integrar os níveis de atenção e estabelecer vínculos de referência por meio de processos comunicativos mais eficazes entre os pontos de atenção, ordenados pela Atenção Primária à Saúde (Espírito Santo, 2021). Além disso, almeja proporcionar acesso a consultas e exames especializados, atendimentos mais qualificados, tempo reduzido nas filas de espera, encaminhamentos mais resolutivos e redução do absenteísmo (Espírito Santo, 2022a).

Esta pesquisa objetivou analisar a satisfação de médicos e gestores em saúde quanto à realização da ARFT na região de saúde sul do Espírito Santo, a fim de contribuir para o seu aprimoramento e para a implementação do sistema de saúde pública do estado.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e documental com abordagem qualitativa. O Espírito Santo está localizado na região Sudeste do país e compõe-se por 78 municípios; estima-se que em 2022 a população fosse de 3.833.712 habitantes (IBGE, 2022). Divide-se em três regiões de saúde: central/norte, metropolitana e sul. A região sul é composta por 26 municípios, totalizando 682.396 habitantes (IBGE, 2022).

Na região sul, o município de Cachoeiro de Itapemirim foi escolhido por ser o local em que o Núcleo Regional de Especialidade (NRE) está inserido. O NRE é referência de atenção especializada para os municípios da região de saúde sul e conta com um quantitativo de trinta médicos nas especialidades de angiologia, cardiologia adulto, cirurgia geral, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, hematologia adulto, nefrologia, neurologia adulto e pediátrica, oftalmologia adulto e pediátrica, otorrinolaringologia, ortopedia adulto e pediátrica, pneumologia adulto, psiquiatria adulto e pediátrica, reumatologia e urologia adulto.

As especialidades de cardiologia e psiquiatria foram consideradas apropriadas para o estudo, uma vez que, ao se analisarem as filas de espera do sistema de regulação estadual com solicitação de agendamento de consultas para o NRE, elas estavam entre as três maiores filas; e como esse modelo

de atenção pretende possibilitar a redução das filas de espera para consultas especializadas, elas foram selecionadas. Além disso, considerou-se como critério de inclusão:

– médicos especialistas (cardiologistas e psiquiatras) que já desenvolviam o processo de ARFT juntamente com os médicos da APS há pelo menos seis meses, pois compreendeu-se que havia necessidade de os profissionais já estarem desenvolvendo o novo processo de trabalho e terem familiaridade com ele;

– médicos de APS dos municípios de Cachoeiro de Itapemirim, Piúma e Alfredo Chaves, pois os médicos especialistas são referência para os médicos de APS desses municípios;

– gestores que atuavam nos mesmos municípios que os médicos de APS e do NRE; foram excluídos os profissionais de APS dos municípios selecionados que desenvolviam a ARFT há menos de seis meses.

Assim, a amostra por conveniência totalizou 11 profissionais, sendo quatro médicos especialistas, três médicos de APS e quatro gestores (um do NRE e três das secretarias municipais de saúde dos municípios selecionados), conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Função, sexo, idade e formação profissional, 2022.

Função	Sexo	Idade	Formação profissional
Especialista 1	M	34	Cardiologista
Especialista 2	F	40	Psiquiatra
Médico APS 1	F	32	Pós-graduação em medicina de família e comunidade e endocrinologia
Médico APS 2	F	65	Ginecologista
Médico APS 3	M	25	Graduação em medicina
Gestor 1	M	52	Enfermeiro
Gestor 2	F	46	Enfermeiro
Gestor 3	F	44	Administradora

Fonte: Elaborado pelos autores.

Para a coleta de dados, usou-se um roteiro semiestruturado com perguntas abertas e fechadas mediante a análise de fontes primárias e secundárias com base na tríade de avaliação da qualidade proposta por Donabedian (1984), em que se consideraram aspectos relacionados a estrutura, processos e resultados. Desse modo, as entrevistas foram organizadas em dois eixos: trajetória profissional e questões relacionadas à ARFT. As entrevistas com os gestores em saúde, médicos de atenção primária e médicos especialistas ocorreram no período de outubro e novembro de 2022, de forma virtual, pela plataforma Google Meet. Tiveram duração média de quarenta minutos, e com anuência dos participantes foram gravadas. Em virtude de desligamento do serviço (cardiologista), licença-maternidade sem reposição (psiquiatra) e indisponibilidade de tempo (gestora) para participar da entrevista, o quantitativo final de entrevistas realizadas totalizou oito participantes.

A interpretação dos dados foi realizada por meio da análise temática (AT) proposta por Braun e Clarke (2006), que consiste em um método essencialista ou realista em que se apresentam experiências, significados e a realidade dos participantes. Esse método apresenta seis etapas: familiarização com os dados, geração dos códigos iniciais, busca por temas, revisão dos temas, definição e denominação dos temas e produção do relatório (Braun e Clarke, 2006).

Após percorrer todas as etapas, surgiram os seguintes temas: percepção sobre Autorregulação Formativa Territorial, estrutura para realização, processo de realização, satisfação quanto ao fluxo e resultados da ARFT. Para análise dos dados, utilizou-se o *software* Atlas.ti 22 (2022), em que há disponibilidade do uso da ferramenta nuvem de palavras. As nuvens são uma representação gráfico-visual que emergem da análise do conjunto de palavras que compõem um determinado texto. Desse modo, os temas identificados são apresentados por meio dessa ferramenta.

Além dos dados das entrevistas, analisaram-se relatórios do sistema de regulação estadual referentes a fila e tempo de espera no período de janeiro a dezembro de 2022. Realizou-se análise documental a fim de se conhecerem os instrumentos normativos e legais referentes à ARFT do Espírito Santo (2022d).

Resultados e discussão

Análise temática

Quanto à percepção dos profissionais sobre a ARFT (Figura 1), observou-se que as palavras que tiveram maior representatividade foram 'especialista', 'APS', 'atenção' e 'orientação'. Verificou-se na fala dos entrevistados que eles percebem que a ARFT estabelece uma relação entre a APS e o especialista e busca viabilizar as trocas entre os profissionais, conforme os trechos a seguir:

> A atenção primária solicitando uma ajuda de um especialista para determinado paciente, e essa ajuda pode ser, dependendo, em várias situações através de um suporte *on-line*... Então a autorregulação permite essa interação entre especialista e atenção básica, que quando é bem feita por ambas as partes, quem sai ganhando é o usuário. (Médico APS 3)

> (...) contato com o profissional da APS para resolver uma situação sem que o paciente precise ir para a atenção especializada. Tem situações que dá para resolver sem uma consulta presencial. Com isso, diminui o volume de pacientes. Faço orientações aos médicos de APS. (Especialista 1)

Figura 1 – Nuvem de palavras: percepção sobre ARFT, 2022.

Fonte: Elaboração dos autores.

Maeyama e colaboradores (2020) relataram a experiência da oferta de teleconsultorias para a APS em Santa Catarina. Os principais destaques foram a oferta de teleconsultorias na modalidade compulsória interligadas com as centrais de regulação. Observaram-se aumento expressivo de solicitações e desfechos que impactaram a qualificação da APS, com redução de encaminhamentos e qualificação do acesso para a atenção especializada. Os autores também verificaram a necessidade da construção de protocolos de acesso para clareza do fluxo de regulação e encaminhamento; concluíram que a teleconsultoria, no âmbito do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina (NTSC), tem se mostrado como importante ferramenta para a qualificação dos profissionais da APS, além de apresentar impacto significativo na redução das filas de espera em diversas especialidades, cumprindo assim os objetivos do programa no fortalecimento da APS.

Foi questionado aos profissionais se eles consideravam que existia estrutura física adequada para a realização da ARFT. As palavras que tiveram maior representatividade na nuvem foram 'computador', 'físico' (referindo-se a espaço físico), 'internet' e 'conectividade'. Desse modo, verificou-se que os entrevistados relataram que há estrutura adequada para a realização do processo, de acordo com os trechos a seguir:

> Tem espaço físico, computadores e conectividade. (Médico APS 2)
>
> Tem estrutura física, sim, computador, internet, sala. (Especialista 1)
>
> Todos os médicos têm computador e consultórios, 100%. (Gestor 2)

Este trabalho traçou paralelos com os pressupostos de Donabedian (2003), que apresenta um modelo de avaliação de serviços composto por três aspectos: estrutura, processo e resultado, o que é classicamente conhecido como a tríade Donabedian, que se apoia na relação de causalidade entre os três aspectos e os resultados apresentados em determinada realidade, levando-se em consideração que cada elemento terá seu significado e valor diferentes.

O autor considera que os aspectos relacionados à estrutura são importantes para a qualidade na medida em que aumentam ou diminuem a possibilidade de se obter um bom desempenho. A estrutura refere-se ao quantitativo de recursos humanos, físicos e financeiros, além dos fatores de produção para concluir a maneira pela qual o financiamento e a prestação de serviços de saúde são organizados, tanto formal como informalmente (Donabedian, 1984).

Um estudo realizado por Ferreira e colaboradores (2021) avaliou a qualidade dos serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município do estado de Santa Catarina, em que foram entrevistados profissionais de saúde e usuários. Foram consideradas as dimensões de estrutura, processo e resultado e suas relações com atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde. Na dimensão relacionada a processos, os fatores que tiveram maior influência no processo de trabalho foram principalmente o vínculo, a longitudinalidade, a efetividade das visitas domiciliares e o apoio institucional. Para os autores, a estrutura dos serviços de saúde foi determinante para a qualidade, pois fragilidades relacionadas a esse aspecto dificultam o acesso aos serviços. O estudo corrobora a proposta de Donabedian (2003), segundo a qual a relação entre estrutura e processos adequados podem contribuir para resultados satisfatórios.

A pesquisa de Soranz (2017) analisou os principais eixos da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde (RCAPS) no município do Rio de Janeiro. Destacou que houve expressivo investimento e custeio de recursos públicos nesse município com a criação de unidades de Atenção Primária à Saúde entre 2009 e 2016 e com a redução de internações a partir de 2011. O autor atribui tais fatos ao avanço da cobertura da APS no Rio de Janeiro.

Este estudo reforça o que Donabedian defende, ou seja, a ideia de que estruturas adequadas apresentam potencial de contribuir para processos e resultados mais satisfatórios. No que tange ao relato dos entrevistados, observa-se que há estrutura mínima para a realização do processo, como disponibilidade de computador e internet, o que vai ao encontro do que Donabedian (1984) afirma sobre a necessidade de disponibilização de recursos para desenvolver o processo de trabalho nos serviços de saúde.

Os médicos de APS e os especialistas foram indagados sobre o processo de trabalho em seus respectivos níveis de atuação. Observaram-se as seguintes palavras com maior representatividade: 'sistema'; 'regulação', referindo-se ao uso do sistema de regulação estadual para realizar o processo; 'especialista', tratando-se da solicitação ao especialista; e 'opinião', relacionando-se à opinião formativa. Assim, verificou-se que os entrevistados realizam a ARFT por meio do sistema de regulação estadual e que os médicos de APS encaminham ao especialista quando verificam que há necessidade. Além disso, os médicos especialistas orientam os médicos de APS por meio da opinião formativa, conforme os depoimentos a seguir:

> Encaminho para o especialista os casos como hipertensão arterial de difícil controle, que tem um quadro de angina associado, para o ortopedista e o angiologista, quando é uma queixa lombar que não resolve com tratamento clínico. Quando a gente não consegue resolver, a gente encaminha. (Médico APS 2)

> O que o médico pode resolver ele tenta o máximo e não encaminhar. Uso o sistema de regulação. Eu fiz a consulta com paciente e achei que ele ia precisar de um gastroenterologista, eu mesma vou lá no sistema e já solicito a consulta com especialista. Depois fico olhando o sistema, monitorando a minha solicitação para ver se tem alguma opinião formativa, para saber se tem alguma rejeição, e quando existe eu vou lá e respondo. (Médico APS 2)

Em relação às respostas dos profissionais sobre a realização da ARFT em seus respectivos níveis de atuação, observou-se que os entrevistados usam o sistema de regulação para realizar os encaminhamentos aos especialistas e que estes últimos o usam para emitir as opiniões formativas. Dessa forma, o processo vem ocorrendo de acordo com o fluxo estabelecido nos manuais dos profissionais solicitantes e executantes.

Viana e colaboradores (2019) avaliaram a qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde de Pernambuco em 2014 por meio de um estudo ecológico de avaliação em saúde baseado no modelo Donabedian. Para isso, utilizaram dados secundários do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Constataram que o padrão de qualidade dos municípios para a dimensão estrutura foi mais bem pontuado do que o aspecto processo de trabalho, mas identificaram correlações entre os indicadores de urgência odontológica, cobertura de escovação dental supervisionada e tratamentos concluídos nos estratos de qualidade relacionados ao processo de trabalho das equipes de saúde bucal. Concluíram que a organização do processo de trabalho mostrou ser fator determinante no impacto sobre alguns indicadores de uso de serviços.

Assim, o resultado do estudo converge para os pressupostos de Donabedian (1984), quando este autor destaca a relação entre processos realizados em conformidade com padrões estabelecidos e sua influência positiva nos resultados (Figura 2).

Figura 2 – Nuvem de palavras: satisfação quanto ao fluxo da ARFT, 2022.

Fonte: Elaboração dos autores.

Todos os entrevistados foram questionados a respeito da sua satisfação quanto ao fluxo de trabalho da ARFT no seu serviço. Observou-se que as palavras com maior representatividade foram 'satisfação', 'completa satisfação' e por último 'neutralidade', de acordo com os trechos a seguir. Assim, verificou-se que a maioria dos entrevistados relatou estar satisfeita com o fluxo de trabalho da ARFT – apenas um informou neutralidade –, embora tenha apontado fragilidades e sugestões de melhorias, que serão apresentadas e discutidas posteriormente.

> Satisfação. (Especialista 2)

> Completa satisfação. (Médico APS 3)

Cantalino e colaboradores (2021) analisaram a satisfação de usuários em relação ao acesso, à infraestrutura e à qualidade dos serviços na APS no Brasil por meio do banco de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Para isso, realizaram um estudo transversal com dados de 114.615 usuários vinculados a 30.523 equipes de saúde. As variáveis estudadas relacionavam-se a acesso, infraestrutura e qualidade dos serviços na APS e demonstraram que a maioria dos entrevistados relatou estar satisfeita com os aspectos analisados. Os autores concluíram que a satisfação dos usuários deve ser considerada para a organização e gestão em saúde, pois contribui para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados.

Os achados do estudo corroboram o que afirma Donabedian (1990), pois o autor defende a ideia de que satisfação do usuário é um aspecto importante a ser considerado, uma vez que as ações em saúde buscam produzir melhorias no estado de saúde da população. Além disso, a aferição do nível de satisfação contribui para que os sujeitos participem do processo de atenção de forma ativa. Donabedian reforça a relação entre os elementos de sua tríade (estrutura-processos-resultados), em que estruturas e processos adequados apresentam forte potencialidade de produzirem resultados satisfatórios, de acordo com a Figura 3.

Figura 3 – Nuvem de palavras: resultados da ARFT, 2022.

Fonte: Elaboração dos autores.

Perguntou-se a todos os entrevistados sobre os resultados da implantação da ARFT de acordo com sua percepção. Observou-se que as palavras que tiveram maior representatividade foram 'paciente', 'conseguir' e 'resolutividade'. Assim, verificou-se que a maioria dos entrevistados percebeu como resultados conseguir ajudar os pacientes, bem como ter resolutividade, conforme os trechos de depoimentos a seguir.

> O paciente chega na UBS e o médico consegue saber se o exame foi autorizado ou não, fica registrado no sistema. Antes era muito centralizado, hoje os pacientes podem procurar o seu posto de saúde, sabendo que ali que deu entrada naquele encaminhamento e que ali o médico dele sou eu. Eu acho que essa questão foi o melhor resultado dessa regulação, pois a gente consegue acompanhar melhor o paciente. (Médico APS 1)

> Vejo eficiência, dá para tratar quem realmente precisa. No SUS você precisa priorizar os casos, com o MV você consegue colocar quem realmente precisa e colocar a APS para trabalhar, porque sem o MV a APS virou uma triagem, o médico envia para o especialista sem critério. Especialista interage com o médico da APS e coloca ele para fazer o que é de sua competência, ajuda a qualificar a APS. (Especialista 1)

Batista (2022) identificou que é reconhecido o valor da telessaúde na prática clínica como uma alternativa possível ao cuidado, porém a incorporação na sua rotina de trabalho não aconteceu de forma linear entre os entrevistados de sua pesquisa. Isso aponta para a necessidade de definição dessa modalidade como política institucional, por meio de investimentos em infraestrutura, tecnologia de informação e comunicação, além de desenvolvimento de pessoas, pois o processo de trabalho em saúde ainda ocorre de maneira fortemente convencional.

Para Katz e colaboradores (2020), a possibilidade de interação do médico da APS com os teleconsultores por meio de um canal 0800 qualificou o cuidado, ampliou a capacidade resolutiva da APS e o acesso à atenção especializada na própria APS, o que contribuiu para o uso mais racional da oferta já reduzida de consultas disponíveis no Rio Grande do Sul.

Em outro estudo sobre a incorporação de telessaúde na APS no Brasil, bem como fatores associados, em que se analisou como ocorreu o emprego do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na Atenção Primária no período de 2013 a 2014, verificou-se que a estrutura física (convênios, estrutura das unidades de saúde etc.) são importantes, porém não suficientes para influenciar no índice de utilização do programa. Também se constatou que a forma como a política local de educação permanente se estrutura – além do modo como as políticas de saúde, federais ou não, são conduzidas – e o modo de organização dos processos de trabalho tiveram mais influência na aplicação do telessaúde (Sarti e Almeida, 2022).

Para complementar os resultados percebidos pelos profissionais, na análise dos relatórios do sistema de regulação estadual verificou-se tanto a existência de filas quanto o tempo de espera para marcação de consulta nas especialidades selecionadas após a implantação da ARFT. Foi escolhido esse período pois havia mais de um ano do início do modelo. Os resultados estão dispostos nos quadros 2 e 3.

Quadro 2 – Tempo de espera para marcação de consultas nas especialidades de cardiologia e psiquiatria – Espírito Santo, região sul, 2022.

Procedimento	Tempo de espera (dias) janeiro/2022	Tempo de espera (dias) dezembro/2022	Percentagem de aumento
Consulta em cardiologia adulto – sul	41,52	73,81	78%
Consulta em psiquiatria adulto – sul	54,76	121,95	123%

Fonte: Espírito Santo, 2022b.

Quadro 3 – Número de usuários em filas de espera – Espírito Santo, região sul, 2022.

Procedimento	Fila de espera (usuários) janeiro/2022	Fila de espera (usuários) dezembro/2022	Percentagem de aumento
Consulta em cardiologia adulto – sul	3.389	5.577	65%
Consulta em psiquiatria adulto – sul	2.259	2.881	28%

Fonte: Espírito Santo, 2022c.

Os dados demonstram que tanto o tempo de espera para marcação de consultas quanto as filas aumentaram em ambas as especialidades. Assim, apesar de os profissionais perceberem que a ARFT apresenta como resultados conseguir ajudar os pacientes, acompanhá-los e ter resolutividade do ponto de vista quantitativo, em 2022 ainda não se observou redução de filas e tempo de espera. Pelo contrário, houve um aumento considerável tanto das filas das especialidades estudadas quanto do tempo de espera, com destaque para o tempo de espera para a marcação de consulta na especialidade de psiquiatria (123%). Cabe destacar que o sistema não disponibiliza dados referentes a séries históricas de modo que fosse possível comparar as filas e os tempos de espera em determinado período. Desse modo, os únicos relatórios disponíveis atualmente são os que foram apresentados, o que dificultou uma análise mais aprofundada (Espírito Santo, 2022b, 2022c).

Diante dos dados quantitativos apresentados, verifica-se que a ARFT ainda não atingiu o seu objetivo de reduzir o tempo de espera para marcação de consultas e exames especializados. Algumas hipóteses podem ser levantadas, tais como: saída de dois profissionais especialistas no ano de 2022, sendo um cardiologista e um psiquiatra (licença-maternidade sem reposição); quantidade insuficiente de profissionais especialistas nas áreas pesquisadas em razão da sua dificuldade de fixação no serviço público; implantação recente do novo modelo e ausência de normatização de fluxos e protocolos de encaminhamentos.

Guedes e Silva (2023) ressaltam que há dificuldades de fixação e escassez de médicos especialistas no serviço público dos grandes centros urbanos, principalmente no interior do país, o que atribuem a processos de contratação rígidos e falta de apoio à formação. De acordo com eles, isso contribui para que o sistema permaneça precário. Também indicam problemas de gestão e má distribuição de recursos, reforçando as desigualdades regionais.

De acordo com Donabedian (2003), o quantitativo de profissionais, protocolos e fluxos de encaminhamentos corresponde aos aspectos de estrutura e processos. O autor defende a ideia de que estruturas adequadas, aliadas a processos de trabalho organizados, podem contribuir para resultados satisfatórios. Observou-se que esses aspectos ainda precisam ser aprimorados na ARFT.

Vanzela (2019), em pesquisa sobre o envelhecimento, a transição epidemiológica e o impacto nas internações no âmbito do SUS, verifica a importância de investimento na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. Martins e colaboradores (2021) corroboram os resultados dessa pesquisa, pois relatam que a expectativa de vida aumentou, enquanto a mortalidade por doenças infecciosas diminuiu, destacando-se o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, o que se reflete na transição epidemiológica do país. Nesse sentido, acreditamos que o aumento do acesso à atenção primária e o bom funcionamento dela devam colaborar para o incremento das filas de espera em ambas as especialidades.

Castro Filho e colaboradores (2022) perceberam baixa utilização dos serviços de telessaúde em todo o país, não apenas no Espírito Santo, e sugerem que investimentos na estruturação dos serviços de saúde e adequação das tecnologias à realidade sejam essenciais para a consolidação dessas tecnologias de informação no Brasil. Sarti e Almeida (2022) observaram súbito aumento em teleconsultas no Espírito

Santo no ano de 2019, o que atribuem à realização de seminários e divulgação das ferramentas que viabilizam a assistência em telessaúde.

Os resultados aferidos neste estudo vão ao encontro do que afirmam Maeyama e colaboradores (2020), que afirmam que a teleconsultoria, no âmbito do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina (NTSC), tem apresentado impacto significativo na redução das filas de espera em diversas especialidades, cumprindo assim os objetivos do programa no fortalecimento da APS. Após realizarmos busca nos documentos oficiais por protocolos de encaminhamentos para as especialidades de cardiologia e psiquiatria, bem como critérios mínimos de informações que deveriam estar contidas nas opiniões formativas emitidas pelos médicos especialistas, não foram encontrados protocolos de encaminhamento para essas especialidades, tampouco critérios para realização das opiniões formativas, apenas manuais sobre acesso ao sistema. Tal situação foi endossada pelos profissionais de APS e especialista como fragilidades do processo, conforme os depoimentos a seguir:

> As opiniões formativas variam, não têm um parâmetro mínimo, então alguns orientam de uma forma mais completa e assertiva, e outros não. Às vezes eles exigem muita coisa para o paciente consultar. Alguns especialistas não entenderam o objetivo da ARFT, que eles precisam atender o paciente também. (Médico APS 2)

> (...) o especialista lançar no sistema e não voltar ao médico de APS para que ele faça, que os especialistas preenchessem os encaminhamentos com todos os dados clínicos... As opiniões formativas variam, não têm um parâmetro mínimo, então alguns orientam de uma forma mais completa e assertiva e outros não, às vezes têm opiniões até meio ríspidas. (Médico APS 3)

O fato de não haver protocolos com critérios de encaminhamentos para as especialidades mencionadas e emissão de opiniões formativas por parte dos especialistas pode contribuir para que haja encaminhamentos inadequados entre ambas as partes, o que foi um aspecto negativo encontrado.

Em suma, ao se considerar a tríade proposta por Donabedian (1984), percebe-se que há estrutura para os profissionais realizarem a ARFT e que eles executam o processo em conformidade com a descrição dos manuais instrutivos; desse modo, eles alegam estar satisfeitos com a sua realização.

Conclusão

Ao se considerar que a alta variabilidade dos encaminhamentos, a ausência de parâmetros claros e taxas aceitáveis de encaminhamentos apontam para o uso excessivo e deficiente da atenção especializada, além de reforçar a ideia de que a alta demanda por encaminhamentos aumenta a taxa de espera para consulta especializada, os resultados sugerem que há necessidade de implantação e implementação de protocolos e fluxos de encaminhamento entre os níveis de atenção envolvidos no processo. Além disso, demonstram que há necessidade da criação de protocolos que estabeleçam critérios mínimos para a emissão de opinião formativa por parte dos médicos especialistas, como também para a contratação ou o remanejamento de um quantitativo maior de especialistas nessas duas áreas.

Assim, recomenda-se aos gestores municipais e estaduais que conduzam, juntamente com os atores envolvidos, a construção de diretrizes de encaminhamentos da APS para as especialidades que fazem parte da ARFT; que realizem estudos quanto à necessidade de contratação de um quantitativo maior dessas duas especialidades e viabilizem a sua contratação. Além disso, que invistam na implementação de tecnologias de informação e comunicação a fim de subsidiar a tomada de decisões e definir seu planejamento.

Este estudo pretendeu apresentar a ARFT visando fortalecer a Estratégia de Saúde Digital, Inovação e Telessaúde no âmbito da atenção à saúde no SUS, bem como contribuir para que a APS possa

desempenhar seu papel de ordenadora do cuidado em saúde por meio da possibilidade de melhora no acesso, eficiência e qualidade do cuidado, principalmente nos locais em que há maior dificuldade de fixação de profissionais médicos.

A pesquisa apresentou como limitações a impossibilidade de realização de uma análise aprofundada dos dados quantitativos devido à fragilidade dos relatórios disponíveis no sistema de regulação estadual, que trazem apenas dados absolutos e ausência de série histórica, além da seleção de apenas duas especialidades médicas para participação da pesquisa.

Cabe destacar que a implantação da ARFT ocorreu em 2020, ou seja, recentemente; desse modo, faz-se necessário um período maior para que sua efetividade possa ser avaliada.

Por fim, embora seja esperado pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo que, com a consolidação desse modelo, haja redução de filas e tempo de espera para agendamento de consultas especializadas, considerando-se o período de um ano, não se observou redução nas especialidades analisadas. Diante disso, demonstradas as potencialidades e fragilidades no processo de consolidação da AFRT, além de se tratar de uma metodologia implantada recentemente, verifica-se a necessidade de realização de novos estudos para avaliar sua efetividade.

Informações do artigo

Contribuição dos autores

Concepção do estudo: CSC, LA e RMMP.
Curadoria dos dados: CSC, LA e RMMP.
Coleta de dados: CSC.
Análise dos dados: CSC.
Redação - manuscrito original: CSC, LA e RMMP.
Redação - revisão e edição: CSC, LA e RMMP.

Financiamento

Recursos próprios.

Conflito de interesses

Declaramos que não há conflito de interesses.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Dom Bosco (COEP/FFCLDB), em 23 de setembro de 2022, com parecer n. 5.661.862 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n. 61667622.3.0000.8887.

Apresentação prévia

Este artigo é resultante da dissertação de mestrado *Análise da Autorregulação Formativa Territorial no estado do Espírito Santo sob a percepção de médicos e gestores*, defendida em 2023 no Programa de Pós-Graduação em Telessaúde e Saúde Digital da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Referências

ATLAS TI. *Software* livre. Disponível em: https://atlasti.com/. Acesso em: 12 maio 2022.

BATISTA, Ana S. L. *(In)sucesso da telessaúde*: fatores que influenciam o processo de implementação e normalização nas organizações de saúde. 2022. 103f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Empresas) – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2022. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/25527. Acesso em: 19 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, 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 União*, Brasília, seção 1, p. 1, 19 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, seção 1, p. 1, 8 ago. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 12 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n. 03, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#CAPITULOI. Acesso em: 20 jul. 2023.

BRAUN, Virgínia; CLARKE, Victoria. *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa. Acesso em: 14 jan. 2023.

CANTALINO, Juliana L. R. *et al.* Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 55, p. 1-10, 2021. https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002533. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/186498. Acesso em 4 out. 2022.

CASTRO FILHO, Eno D. *et al.* Identificação de elementos estratégicos para implantação e engajamento de serviços de teleconsultoria para Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 8, n. 5, p. 35.771-35.791, maio 2022. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/47789. Acesso em: 10 jun. 2024.

DONABEDIAN, Avedis. *La calidad de la atención médica*. México, DF: La Prensa Médica Mexicana, 1984.

DONABEDIAN, Avedis. *Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica:* perspectivas en salud. México, DF: Instituto de Salud Pública, 1990.

DONABEDIAN, Avedis. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Saúde do Estado. *Relatório de gestão 2015-2018*. Vitória: Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, 2018. Disponível em: https://saude.es.gov.br/GrupodeArquivos/relatorio-de-gestao-3. Acesso em: 15 maio 2023.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Portaria n. 102-R, de 20 de maio de 2021. Dispõe sobre a organização e o funcionamento da Atenção e da Vigilância em Saúde no âmbito estadual do Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo e dá outras providências. *Diário Oficial dos Poderes do Estado*, Vitória, p. 8-9, 20 maio 2021.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi). *Autorregulação Formativa Territorial realiza primeiro fórum para prestadores de serviço*, 20 abr. 2022a. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/autorregulacao-formativa-territorial-realiza-primeiro-forum-para-prestadores-de-servico. Acesso em: 28 set. 2022.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Portal Business Intelligence. *Sign in to Metabase*. 2022b. Disponível em: https://portalbi.saude.es.gov.br/auth/login?redirect=%2F. Acesso em: 14 dez. 2022.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Saúde do Estado. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi). *Manual operacional profissional solicitante*. Vitória: Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, 2022c.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Saúde do Estado. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi). *Manual operacional profissional executante*. Vitória: Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde, 2022d.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Secretaria de Saúde do Estado. Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi). *Notícias*, s.d.. Disponível em: https://icepi.es.gov.br/. Acesso em: 2 abr. 2023.

FERREIRA, Jéssica *et al.* Avaliação da Estratégia Saúde da Família à luz da tríade de Donabedian. *Avances en Enfermería*, Bogotá, v. 39, n. 1, p. 63-73, 2021. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-45002021000100063&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 abr. 2023.

GUEDES, Thiago A.; SILVA, Francielle S. Gestão de saúde pública no Brasil à luz da teoria da burocracia: escassez de médicos especialistas e desigualdade. *Boletim de Conjuntura*, Boa Vista, v. 13, n. 37, p. 111-129, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.5281/zenodo.7584790. Acesso em: 13 jun. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Panorama do censo 2022. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/. Acesso em: 25 abr. 2024.

KATZ, Natan *et al.* Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do Telessaúde RS-UFRGS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1.389-1.400, 2020. https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.28942019. Disponível em https://www.scielo.br/j/csc/a/YNYc4k7g438VF7YqXcr8vyn/?lang=pt. Acesso em: 10 fev. 2023.

MAEYAMA, Marcos A. *et al.* A teleconsultoria como ferramenta de qualificação da Atenção Primária à Saúde: um relato de experiência do núcleo de telessaúde de Santa Catarina. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 10, p. 80.065-80.081, 2020. Disponível em: http://dx.doi.org/10.34117/bjdv6n10-435. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/18545/14935. Acesso em: 10 mar. 2023.

MARTINS, Thalyta C. F. *et al.* Transição da morbimortalidade no Brasil: um desafio aos 30 anos de SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, p. 4.483-4.496, 2021. https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10852021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/mBHf5pYMHkMHrz7LMf99HxS/?lang=pt. Acesso em: 30 mar. 2023.

SARTI, Thiago D.; ALMEIDA, Ana P. S. C. Incorporação de telessaúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, pt252221, 2022. https://doi.org/10.1590/0102-311XPT252221. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/tVcMcH4ZvL95vYLw6HD4S5M/?lang=pt. Acesso em: 21 maio 2022.

SORANZ, Daniel. Reforma da atenção primária em saúde na cidade do Rio de Janeiro (2009-2016): uma avaliação de estrutura, processo e resultado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 4, 2017. https://doi.org/10.1590/0102-311XPT252221. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/tVcMcH4ZvL95vYLw6HD4S5M/?lang=pt. Acesso em: 21 maio 2022.

VANZELLA, Elídio. O envelhecimento, a transição epidemiológica da população brasileira e o impacto nas internações no âmbito do SUS. *Educere*, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 144-158, jul.-dez. 2019. Disponível em: https://www.ufpb.br/gcet/contents/documentos/repositorio-gcet/artigos/o_envelhecimento_a_transicao_epidemiolog.pdf. Acesso em: 21 maio 2022.

VIANA, Italene B. *et al.* Avaliação da qualidade da assistência em saúde bucal na Atenção Primária à Saúde em Pernambuco, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 28, n. 2, 2019. https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/qBvQZ4DxXwgWLdNcLCK6LxH/. Acesso em: 11 fev. 2023.