

ANÁLISE DA EFETIVIDADE DA AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL MEDIADA POR TECNOLOGIA: UM ESTUDO DE CASO NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Recebido em: 09/03/2024

Aceito em: 26/03/2025

DOI: 10.25110/arqsaude.v29i1.2025-11030



Patricia Rocha Vedova Pirola ¹
Marcia Maria Pereira Rendeiro ²

RESUMO: Em 2020, o Espírito Santo iniciou a implantação da autorregulação formativa territorial (ARFT), que consiste no modelo que integra a atenção primária à saúde com a atenção ambulatorial especializada. O objetivo do estudo foi analisar a efetividade desse modelo quanto à interação entre o médico da atenção primária à saúde e o médico especialista, para entender se houve redução no tempo médio de espera nas consultas após sua implantação. Foi um estudo exploratório, descritivo e retrospectivo realizado a partir de uma pesquisa documental e análise do banco de dados da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. Foram consideradas 2.402.652 solicitações para a atenção especializada dos usuários das 1.005 unidades de saúde de APS situadas nos 78 municípios do Estado para consultas e exames especializados no período de junho de 2020 a junho de 2023, ou seja, todas as solicitações inseridas no sistema nesse período. No primeiro ano de implantação da ARFT, houve um total de 53.932 solicitações respondidas, com um quantitativo de 4.348 finalizadas, resultando em 8,08% de efetividade do processo; no segundo ano de estudo, foram respondidas 98.738 solicitações e finalizadas 19.848, obtendo-se uma efetividade de 20,10%; e no último ano, das 84.014 solicitações respondidas, 15.841 foram finalizadas, perfazendo 18,86% de efetividade. Em relação ao tempo médio de espera, foram analisadas as três regiões do Estado, verificando-se que no período de 22/06/2020 a 21/06/2021 a região Sul obteve o menor tempo médio de espera, enquanto de 22/06/2022 a 21/06/2023 a região Metropolitana apresentou o maior tempo de espera. Quanto à efetividade do modelo, as análises do estudo evidenciaram mudanças de práticas na AB e na AE, sendo que o tempo de espera constituía ainda um grande desafio. Portanto, conhecer esses fatores permitirá o desenvolvimento de estratégias baseadas nas características de cada região, na adaptação das tecnologias à realidade dos profissionais de saúde e, sobretudo, na maior proximidade entre eles, com menor dependência de intermediários.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Telemedicina.

¹ Mestranda em Telessaúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

E-mail: patricia_vedova@hotmail.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0836-306X>

² Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

E-mail: mmrendeiro@yahoo.com, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0926-9597>

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF TECHNOLOGY-MEDIATED TERRITORIAL FORMATIVE SELF-REGULATION: A CASE STUDY IN THE STATE OF ESPÍRITO SANTO, BRAZIL

ABSTRACT: In 2020, the Brazilian state of Espírito Santo began the implementation of territorial formative self-regulation, which consists of a model that integrates primary healthcare with specialized outpatient care. The objective of the study was to analyze the effectiveness of this model in terms of the interaction between the primary healthcare medical professional and the specialist medical professional, in order to understand whether there was a reduction in the average waiting time for consultations after its implementation. It was an exploratory, descriptive, and retrospective study carried out based on documentary research and analysis of the database of the State Department of Health of Espírito Santo. 2,402,652 requests for specialized care from users of the 1,005 Primary Health Care (PHC) units located in the 78 municipalities of the previously mentioned state were considered for consultations and specialized exams in the period from June 2020 to June 2023, that is, all the requests entered into the system during this period. In the first year of territorial formative self-regulation implementation, a total of 53,932 requests were answered, with a total of 4,348 completed, totaling 8.08% of process effectiveness; in the second year of the study, 98,738 requests were answered, and 19,848 were finalized, resulting in 20.10% effectiveness; finally, in the last year, 84,014 requests were answered, and 15,841 were completed, with 18.86% effectiveness. Regarding the average waiting time, the three regions of the referred state were analyzed, which allowed us to verify that in the period from 06/22/2020 to 06/21/2021, the South region had the lowest average waiting time, while in the period from 06/22/2022 to 06/21/2023, the Metropolitan region presented the longest waiting time. Considering the effectiveness of the model, the study analyses showed that it was possible to notice changes in practices in basic and specialized care, and the waiting time still constituted a major challenge. Therefore, knowing about these factors will allow the development of strategies based on the characteristics of each region, the adaptation of technologies to the reality of health professionals and, above all, greater proximity between them, reducing dependence on intermediaries.

KEYWORDS: Unified Health System; Primary Health Care; Telemedicine.

ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA AUTORREGULACIÓN FORMATIVA TERRITORIAL MEDIADA POR TECNOLOGÍA: UN ESTUDIO DE CASO EN EL ESTADO DE ESPÍRITO SANTO

RESUMEN: En 2020, el estado brasileño de Espírito Santo comenzó la implementación de la autorregulación formativa territorial (ARFT), un modelo que consiste en la integración de la atención primaria de salud con la atención ambulatoria especializada. El objetivo del estudio fue analizar la efectividad de este modelo en términos de la interacción entre el médico de atención primaria y el médico especialista, para comprender si hubo una reducción en el tiempo promedio de espera para las consultas tras su implementación. Fue un estudio exploratorio, descriptivo y retrospectivo, realizado a partir de investigación documental y análisis de la base de datos de la Secretaría de Salud del Estado de Espírito Santo. Se consideraron 2.402.652 solicitudes de atención especializada de usuarios de las 1.005 unidades de atención primaria de salud

ubicadas en los 78 municipios del estado para consultas y exámenes especializados en el período de junio de 2020 a junio de 2023, es decir, todas las solicitudes ingresadas en el sistema durante este período. En el primer año de implementación de la ARFT, un total de 53.932 solicitudes fueron atendidas, con 4.348 completadas, resultando en un 8,08% de efectividad del proceso; en el segundo año del estudio, se atendieron 98.738 solicitudes y se finalizaron 19.848, obteniendo un 20,10%; y en el último año, de las 84.014 solicitudes atendidas, 15.841 fueron finalizadas, con un 18,86% de efectividad. En relación al tiempo promedio de espera, se analizaron las tres regiones del estado, lo que permitió verificar que en el período del 22/06/2020 al 21/06/2021, la región Sur tuvo el menor tiempo, mientras que en el período del 22/06/2022 al 21/06/2023, la región Metropolitana obtuvo el mayor tiempo de espera. En cuanto a la efectividad del modelo, los análisis del estudio mostraron que fue posible notar cambios en las prácticas en atención básica y especializada de salud, y que el tiempo de espera todavía era un gran desafío. Por lo tanto, conocer estos factores permitirá desarrollar estrategias basadas en las características de cada región, la adaptación de las tecnologías a la realidad de los profesionales de la salud y, sobre todo, una mayor proximidad entre ellos, con una menor dependencia de intermediarios.

PALABRAS CLAVE: Sistema Único de Salud; Atención Primaria de Salud; Telemedicina.

1. INTRODUÇÃO

O modelo de reorganização do subsistema de atenção ambulatorial do Estado do Espírito Santo, que integra a atenção primária à saúde com a atenção ambulatorial especializada, trouxe mudanças no processo de regulatório. Para tanto, é utilizado o modelo da autorregulação formativa territorial na qualificação do acesso da população às consultas médicas especializadas e respectivos especialistas; necessidade de mudança da ferramenta de regulação do acesso ambulatorial; necessidade de fortalecimento dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, que garantem a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde; e necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde (ESPÍRITO SANTO, 2021).

Todavía, consolidar a Atenção Primária à Saúde – APS como centro comunicante da Rede de Atenção e Vigilância em Saúde - RAVS implica romper com a fragmentação e isolamento entre esses pontos de atenção nos serviços ambulatoriais e hospitalares, padrão responsável por muitos problemas de efetividade, eficiência e qualidade assistenciais na atenção especializada (MENDES, 2012).

Um dos problemas enfrentados são as filas, que são manifestações fenomênicas de uma descoordenação da atenção à saúde que refletem um desequilíbrio entre demanda

e oferta dos serviços de saúde e problemas na logística. Essas filas, comumente, registram-se em listas de espera. No SUS, há uma tendência a sobrevalorizar os problemas no lado da oferta e a subvalorizar os problemas dos lados da demanda e da logística. As filas da saúde, quando imprescindíveis, devem ser geridas por listas de espera, o que envolve um sistema gerencial transparente e organizado por riscos (MENDES, 2012).

Muitos desses problemas no desequilíbrio entre oferta e demanda resultam em vazios assistenciais, frequentemente solucionáveis com a organização das relações entre a atenção primária à saúde e a atenção ambulatorial especializada, e não implicam necessariamente em uma maior oferta de serviços ambulatoriais secundários. Alguns problemas consistem no encaminhamento definitivo dos usuários aos especialistas, o que demonstra a desresponsabilização da APS com a continuidade do cuidado com o usuário ao encaminhá-lo a outro nível de atenção. Ainda como fator de desequilíbrio, vale mencionar o excesso de centralização da atenção especializada em consultas médicas individuais e presenciais, o que remete à necessidade de considerar ações interdisciplinares e novas tecnologias na assistência, a fim de desaglomerar os agendamentos e melhorar a qualidade na atenção (BRASIL, 2020).

A Regulação no Setor Saúde tem por finalidade contribuir para a produção de ações de saúde em estabelecimentos envolvendo estrutura física, equipamentos e profissionais; as relações contratuais; o exercício das profissões de saúde; a oferta e a demanda por serviços; os protocolos assistenciais; os fluxos de atendimento; a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos e de outras tecnologias; condições de trabalho e ambientes relativos ao setor de saúde; além do controle e da avaliação dos custos e gastos em saúde (BRASIL 2021).

A atenção primária à saúde nos municípios capixabas está presente em aproximadamente 1.055 Unidades Básicas de Saúde, segundo dados registrados no SCNES em dezembro de 2019, com cobertura estimada de 63,22% da população por Equipes de Estratégia de Saúde da Família. Como uma das ferramentas para fortalecer a APS e aumentar a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, a Comissão Intergestores Bipartite – CIB/ES aprovou, por meio da Resolução CIB-ES nº 061/2019, o credenciamento junto ao Ministério da Saúde para novas equipes de Estratégia de Saúde da Família. Com a implantação dessas novas equipes, estima-se que o índice de cobertura estadual seja elevado para 88,4% (ESPÍRITO SANTO, 2020-2023).

O grande desafio que se coloca no setor de saúde é mapear a sua força de trabalho e identificar as necessidades de formação e capacitação para os atores que fazem o SUS funcionar de forma efetiva. Neste sentido, o estabelecimento do Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS - PRO EPS-SUS constituiu um avanço, por objetivar a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS. Desse modo, considera-se a realidade local e a análise coletiva dos processos de trabalho, por meio do estímulo, do acompanhamento e do fortalecimento da qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde, contando com a colaboração das Comissões de Integração Ensino-Serviço – CIES (ESPÍRITO SANTO, 2020-2023).

Para garantir maior efetividade em suas ações, o processo regulatório tradicional carece de uma metodologia que viabilize processos comunicativos eficazes entre os pontos de atenção, ordenados pela APS.

Pensando nessa organização, o Estado do Espírito Santo implantou em 2020 o projeto de autorregulação formativa territorial, com o objetivo de provocar impacto na gestão e no perfil da rede de serviços, reorganizando os fluxos assistenciais e redefinindo os limites de territorialização e regionalização do SUS em território capixaba.

Diante disso, este estudo propõe analisar a efetividade desse modelo pela ótica da interação entre o médico da atenção primária à saúde e o médico especialista, bem como a relação com os tempos de espera nas consultas após a implantação, com o viés de contribuir como ferramenta complementar à construção do conhecimento e, dessa maneira, auxiliar nas tomadas de decisão de maneira relevante.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo refere-se a analisar a efetividade da autorregulação formativa territorial no Estado do Espírito Santo como um modelo de reorganização do subsistema de atenção ambulatorial, que integra a atenção primária em saúde com a atenção ambulatorial especializada, buscando trazer mudanças no processo de regulatório .

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e retrospectivo realizado a partir da análise do Banco de Dados da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA).

2.1 Pesquisa documental

A análise documental neste trabalho é o aprofundamento dos documentos localizados, de forma a complementar a pesquisa bibliográfica e fundamentar a pesquisa empírica. Destina-se também à análise e busca por documentos relacionados a esta temática, tais como: Manual de Telessaúde para a Atenção Básica; Manuais Operacionais da ARFT; Programa Telessaúde Brasil; Portaria Nº 102-R – ES; Publicações técnicas da autorregulação formativa territorial .

2.2 Análise de dados

2.2.1 Análise de base de dados secundários

Nesta etapa foi realizado um estudo utilizando dados secundários com informações do sistema de regulação estadual, o software MV CMCE®, onde foram coletadas as seguintes variáveis: solicitação inserida, solicitação em opinião formativa, solicitação finalizada e tempo médio em dias de espera por região de saúde no período de 22/06/2020 a 22/06/2023.

Esclarecendo as variáveis:

- A. Solicitação inserida é aquela em que o profissional de saúde da APS, ao identificar a necessidade de avaliação especializada, fará uma solicitação de avaliação do especialista.
- B. Solicitação em opinião formativa (devolutiva) ocorre quando o profissional de referência (regulador) avalia o encaminhamento e identifica que o quadro clínico é passível de ser manejado na APS, e o mesmo poderá devolver a solicitação com orientações.
- C. Solicitação finalizada ocorre pelo profissional de saúde da APS ao sentir-se atendido com as orientações do profissional de referência, encerrando assim a solicitação inicial. Neste contexto, objetiva-se alcançar a qualificação dos encaminhamentos ao especialista e educação permanente do profissional de saúde solicitante.
- D. Tempo de espera é a diferença entre a data da autorização da consulta e a data da marcação da consulta especializada. A autorização significa que a partir da avaliação do encaminhamento, o profissional de referência (especialista) identificou a necessidade de avaliação especializada. E a marcação significa o compromisso de atendimento com o local e data disponibilizada ao usuário.

A análise estatística se deu pela utilização do programa Microsoft Office Excel® 2010 e StatisticalPackage for the Social Sciences, versão 20.0. Depois de se analisar o banco de dados, foi realizada a análise descritiva.

2.2.2 Desenho e cenário do estudo

Estudo exploratório, descritivo e retrospectivo, utilizando dados secundários do sistema de regulação estadual, o software MV CMCE®, referentes às unidades de saúde de APS situadas nos 78 municípios do Estado. O Espírito Santo está localizado no Sudeste brasileiro, com uma população estimada de 4.108.508 habitantes. Possui um sistema de saúde organizado em 3 regiões de saúde, com 78 municípios, cuja rede de serviço conta com 1.005 unidades básicas de saúde e 157 prestadores de serviços.

2.2.3 População e amostra

Neste estudo optamos por utilizar as solicitações, ou seja, pedidos de encaminhamentos para a atenção especializada, inseridas no sistema no período de 22/06/2020 a 22/06/2023, resultando em um total de 2.402.652 solicitações, sendo que 1.426.137 destas são de consultas especializadas e 976.515 são de exames complementares. Desse total, 842.164 são solicitações da região Central/Norte, 709.077 da região Sul e 851.411 da região Metropolitana.

Justifica-se a escolha do período por tratar-se do início da implantação da ARFT até o momento de coleta dos dados, de 22/06/2020 até 22/06/2023.

Tabela 1: Número de solicitações inseridas no sistema

Período	Número de solicitações inseridas no sistema
22/06/2020 a 21/06/2021	322.384
22/06/2021 a 21/06/2022	1.024.996
22/06/2022 a 21/06/2023	1.285.845

Fonte: Espírito Santo, 2023.

A amostra para o estudo foi constituída pelo número de solicitações nas quais houve opinião formativa e solicitações finalizadas das 1.005 unidades básicas de saúde cadastradas no sistema. O critério de inclusão foi todas as unidades inseridas no sistema

de regulação no perfil solicitante, independentemente do modelo, AB ou ESF. Não foram incluídas as solicitações autorizadas, canceladas e rejeitadas.

Entre as variáveis disponíveis no banco de dados do sistema de regulação estadual, para fins deste estudo, foram utilizadas somente as variáveis em que a solicitação foi realizada, número de solicitações inseridas no sistema, número de solicitações que obtiveram opinião formativa e número de solicitações finalizadas.

2.2.4 Coleta de dados

Para a realização do estudo foram utilizados dados secundários oriundos do banco de dados do sistema de regulação estadual, MV CMCE®. No banco de dados foram coletadas as seguintes variáveis:

- Número de solicitações inseridas, em que houve opinião formativa;
- Número de solicitações finalizadas; e
- Tempo médio em dias de espera por região de saúde no período de 22/06/2020 a 22/06/2023.

2.2.5 Análise estatística

Realizou-se a análise descritiva dos dados utilizando-se medidas estatísticas descritivas. Foi calculada a taxa de efetividade para cada ano, com base na seguinte fórmula: taxa de efetividade = número de solicitações finalizadas dividido pelo número de solicitações que passaram em opinião formativa, sendo definida pela seguinte expressão:

$$\text{Cálculo: } te = \frac{f}{op}$$

em que f representa o número de solicitações que foram finalizadas e op representa o número de solicitações que passaram pela situação de opinião formativa.

2.3 Aspectos legais

Este estudo foi autorizado pela Secretaria Estadual de Saúde, através do Instituto Capixaba de Ensino e Pesquisa. Importante destacar que não envolveu seres humanos, estando adequado, conforme anexo.

3. RESULTADOS

3.1 Pesquisa documental

Em 26 de abril de 2019 o Governo do Estado do Espírito Santo cria o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde e institui o Subsistema Estadual de Educação, Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e o Programa de Bolsas de Estudo, Pesquisa e Extensão Tecnológica no Sistema Único de Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Por meio da Portaria ICEPi nº 003-R, de 3 de fevereiro de 2020, foi instituído, no âmbito do laboratório de práticas de inovação em regulação e atenção à saúde LIPRAS/ICEPi, o projeto de extensão e inovação em ambiente produtivo em saúde “Projeto de implantação da regulação formativa: inovação do acesso assistencial”. Essa portaria teve os seguintes objetivos: estruturação e organização para transição do novo modelo de regulação, implantação da nova ferramenta de regulação formativa, qualificação dos técnicos de âmbito estadual e municipal para sua utilização, além de propor e desenvolver normas de funcionamento integradas com as demais regulações e o monitoramento e a avaliação dessa nova ferramenta (ESPÍRITO SANTO, 2020).

Em junho de 2020, com o objetivo de facilitar o acesso do cidadão às consultas especializadas, exames complementares e procedimentos ambulatoriais, e, com isso, diminuir o tempo de espera e oferecer um atendimento mais qualificado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), o projeto foi instituído.

Esse modelo permite que o profissional da UBS entre em contato com o especialista e, juntos, coordenem o tratamento, utilizando o mesmo sistema de informação, que além de ajudar na comunicação, também tem o histórico do paciente. No sistema, os profissionais trocam informações como sintomas, resultados de exames e medicações prescritas, evitando que o paciente se desloque para o local em que está o especialista sem necessidade (ESPÍRITO SANTO, 2020).

Quando surge a necessidade de o paciente ir ao especialista, a comunicação segue no mesmo sistema, atualizando o profissional da atenção primária sobre o paciente. O diálogo entre os profissionais permanece ao longo de todo o tratamento, elaborando estratégias e intervenções juntos e facilitando para o paciente, que espera menos e se desloca apenas quando há necessidade (ESPÍRITO SANTO, 2020).

Ou seja, o modelo permite que os profissionais de saúde atuantes na atenção primária à saúde estabeleçam contato direto com os profissionais de referência

especialistas de diversas unidades de saúde. Com isso, o manejo clínico do paciente é definido em conjunto, de forma mais adequada e agilizada.

Em 20 de maio de 2021 a Secretaria publica a Portaria SESA nº 102-R, onde foi citada na revisão de literatura, estabelecendo a organização da Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde no âmbito do Estado do Espírito Santo (RAVS-ES), e reorientando o modelo de atenção à saúde desde a atenção primária até a terciária/hospitalar, com a organização de fluxos assistenciais a partir do referenciamento e compartilhamento de informações entre serviços e profissionais de saúde de diferentes níveis de assistência, permitindo a coordenação do cuidado dos usuários do SUS, visando a integração sistêmica, favorecendo o acesso, a equidade e a eficácia clínica (ESPÍRITO SANTO, 2021).

Os protocolos de gestão do cuidado e manuais de uso da ferramenta de regulação foram atualizados para atender o novo modelo, conforme os quadros 02 e 03. Os últimos protocolos publicados antes desse modelo pela Secretaria tinham sido no ano de 2016. Esses protocolos têm como objetivo orientar os profissionais da atenção primária no encaminhamento para atenção especializada, e os manuais têm o propósito de comunicar e orientar as equipes sobre as rotinas referentes à implantação do novo modelo de atenção à saúde, organização e acesso à atenção especializada denominado autorregulação formativa territorial.

Desse modo, a análise documental possibilitou identificar que algumas especialidades ainda não foram contempladas com os respectivos protocolos, não abrangendo todas as especialidades disponíveis no sistema, já que eles objetivam a orientação de condutas dos profissionais e servem de ferramenta para o enfrentamento dos diversos impasses, quando encontrados.

Com isso, identificamos que nas especialidades em que ainda não existem protocolos novos, os profissionais seguem utilizando o último protocolo publicado em 2016, que se encontra disponível no site da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.

3.2 Análise de dados

Do início da implantação da ARFT no ES, em junho de 2020, até junho de 2023, foram registrados os dados acerca das solicitações respondidas e finalizadas para as consultas especializadas e o tempo de espera.

Para as solicitações respondidas no primeiro ano de implantação da ARFT, houve um total de 53.932, com um quantitativo de solicitações finalizadas de 4.358, totalizando 8,08% de efetividade do processo; no segundo ano de estudo, foram respondidas 98.738 solicitações e finalizadas 19.848, obtendo-se uma efetividade de 20,10%; e no último ano, das 84.014 solicitações respondidas, 15.841 foram finalizadas, resultando em 18,86% de efetividade.

Esse resultado foi possível com a aplicação da fórmula criada a partir deste estudo para medir a taxa de efetividade, em que o número de solicitações finalizadas é dividido pelo número de solicitações que passaram em opinião formativa.

Sendo assim, consideramos que a efetividade se trata do acompanhamento e manejo clínico, sendo realizado na APS com o compartilhamento do cuidado com o profissional especialista, não sendo necessário aguardar em uma fila de espera para a realização da consulta com este profissional, uma vez que o especialista nesse modelo tem o papel de reconhecer a demanda clínico-assistencial como demanda de aprendizagem e de resolução à propedêutica profissional.

Com isso, a taxa total de efetividade nos 3 anos de estudo foi de 16,92%, ou seja, 40.047 solicitações tiveram interação entre o médico da atenção primária à saúde e o médico especialista, e foram resolvidas sem a marcação de uma consulta presencial com o especialista, ou mesmo estariam aguardando por atendimento ainda.

Tabela 2: Número de solicitações por situação

Período	22/06/2020 a 21/06/2021	22/06/2021 a 21/06/2022	22/06/2022 a 21/06/2023
Solicitações respondidas	53.932	98.738	84.014
Solicitações finalizadas	4.358	19.848	15.841
% de solicitações finalizadas	8,08%	20,10%	18,86%

Fonte: Elaboração própria, 2023.

O estudo permitiu verificar que no primeiro ano de implantação apenas pouco mais de 8% das solicitações se mantiveram na atenção primária, não sendo necessário o paciente se deslocar para uma consulta com o profissional da atenção especializada, e no ano seguinte esse número aumentou para 20%, ou seja, ocorreu um aumento de 40% na

efetividade do processo. Isso não ocorreu no último ano do estudo, em que houve uma pequena redução desse quantitativo, equivalente a 1,24%, comparado com o ano anterior.

No entanto, apesar de não ser possível afirmar o motivo desse comportamento, pois não é o objetivo deste estudo, é importante destacar que no ano de 2022 houve uma proposta de implantação de outro sistema, onde o atual (MV CMCE®) seria substituído, o que não aconteceu até a data de corte, em junho de 2023, mas pode ter sido um motivo para a redução do quantitativo, uma vez que os profissionais tiveram que fazer treinamento de uma nova ferramenta com tão pouco tempo de implantação da atual.

Em relação ao tempo médio de espera, o estudo analisou as 3 regiões do Estado, permitindo verificar que no período de 22/06/2020 a 21/06/2021 a região Sul obteve o menor tempo médio de espera, enquanto no período de 22/06/2022 a 21/06/2023 a região Metropolitana apresentou o maior tempo de espera.

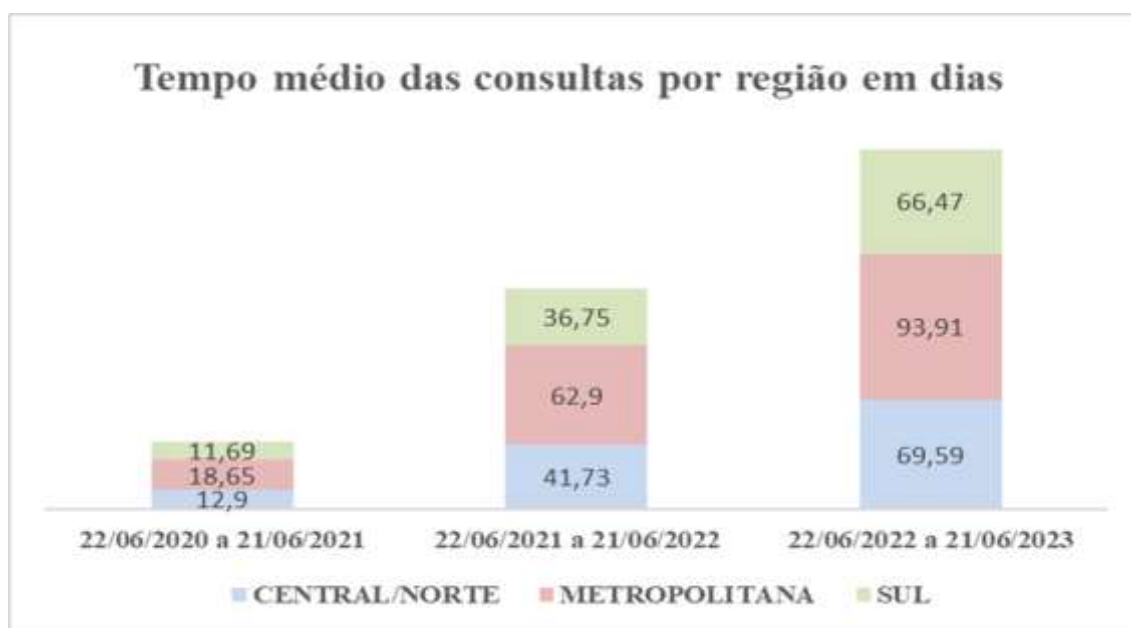


Figura 1: Tempo médio de espera das consultas por região em dias

Fonte: Elaboração própria, 2023.

No intuito de entender esses valores, em uma análise das características das regiões, vale ressaltar que a região Metropolitana se caracteriza pela maior concentração de parque tecnológico no estado, sendo referência para as demais regiões de saúde. Ou seja, a oferta disponibilizada passa a ser dividida para todo o estado, não ficando restrita apenas aos municípios da região. Isso fica muito característico na região Central/Norte do estado, onde existe um vazio assistencial no que se refere à média complexidade, havendo um grande deslocamento dos pacientes para a região Metropolitana.

Por outro lado, a região Sul se caracteriza como a segunda região com melhor capacidade de recurso assistencial, ou seja, maior oferta de serviços, o que contribui com o menor tempo de espera em comparação às demais regiões.

Vale ressaltar que este estudo se baseou no tempo de espera por procedimentos especializados, neste caso, as consultas, independentemente da especialidade. Ele foi calculado de forma que o total em dias de todas as solicitações já autorizadas fosse dividido pelas solicitações marcadas.

Não foi possível afirmar se o fenômeno de redução do tempo de espera ocorreu em alguma especialidade específica, uma vez que não foi analisado nesse contexto.

4. DISCUSSÃO

Não há dúvidas de que os serviços de saúde necessitam expandir sua capacidade resolutive por meio de abordagens alternativas ao cuidado convencional. A pressão econômica, resultante tanto do aumento na demanda como da incorporação de novas tecnologias, requer soluções inovadoras voltadas para aprimorar o acesso, a qualidade e os custos, uma vez que a implementação de serviços de saúde remotos pode amenizar os desafios.

Este estudo foi estimado para as três regiões de saúde do Estado do Espírito Santo, englobando todos os 78 municípios nas suas respectivas regiões, o que trouxe uma ampliação dos dados, porém, uma limitação no que tange à avaliação individual. Entretanto, sua importância consiste em se tratar de um trabalho pioneiro na literatura nacional sobre a efetividade e tempo de espera, com abrangência estadual sob a ótica do modelo implantado de autorregulação formativa territorial.

Um aspecto importante de inovação presente neste estudo é o modelo regulatório, tendo como foco a atenção primária à saúde como porta de entrada, a unidade básica de saúde sendo a organizadora da rede de serviços e coordenadora do cuidado às pessoas, e a atenção especializada assumir a responsabilidade de fornecer cuidados adicionais para garantir a integralidade, atender às necessidades específicas e reduzir os riscos à saúde dos usuários do sistema (BRASIL, 2006).

Sobre o acesso e regulação ao cuidado especializado, no Rio Grande do Sul um estudo propõe uma abordagem de regulação remota semelhante à ARFT, baseada em protocolos específicos. O objetivo foi analisar dados dos sistemas regulatórios e da telemedicina/RS para validar seu impacto na APS e no acesso à atenção especializada. A

endocrinologia foi escolhida para o projeto piloto, por ser uma das especialidades com maiores filas e tempos de espera. A conclusão foi que a iniciativa de telemedicina coordenada pelo projeto RegulaSUS resultou na redução de 30% nas listas de espera nesta especialidade e na redução do tempo médio de espera de 360 dias para 66 dias (KATZ *et al.*, 2020).

Avaliar a utilização de telessaúde para apoio assistencial em um estado brasileiro a partir da compreensão do funcionamento da intervenção pelos atores envolvidos no processo foi o que fez Nilson *et al.* (2019), concluindo que a expansão da utilização de telessaúde exige a superação de desafios, e as políticas, leis e regulamentos devem ser reforçados para garantir sua sustentabilidade e aceitação.

Durante o período de 2002 a 2017, observou-se que houve um esforço para aumentar a participação da Atenção Primária à Saúde (APS) na regulação assistencial. Isso foi impulsionado principalmente pela abordagem de micro regulação e pela implementação de iniciativas que visam integrar a telessaúde à regulação. No entanto, é importante ressaltar que o reconhecimento dessa estratégia não garante sua aplicação efetiva em contextos locais. Portanto, é necessário prestar atenção aos elementos fundamentais para estabelecer redes de cuidados e fortalecer as estratégias de coordenação e continuidade do atendimento nas diferentes regiões de saúde do país (MELO *et al.*, 2021).

Belber *et al.* (2021) corroboram Melo *et al.* (2021) no objetivo de verificar a contribuição do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na formação de recursos humanos na atenção primária à saúde. Para isso, analisaram estudos de 2007 a 2019, que destacaram uma série de desafios que o programa ainda precisa enfrentar para sua implementação plena e satisfatória. Mas pode-se constatar que este programa tem potencial, por meio de experiências positivas no incentivo a atividades de educação permanente, propiciada pelo acesso às ferramentas tecnológicas, que são capazes de quebrar as barreiras geográficas que o Brasil possui.

Como consequência, foi observado um aumento expressivo no decorrer dos 3 anos, já que no primeiro ano 8% das solicitações não precisaram ser encaminhadas para a fila das especialidades, e em seguida esse quantitativo mais que dobrou, passando para 20%. Segundo Katz (2016), isso demonstra ser um cenário facilitador no transporte de informações entre os níveis de atenção, evitando o deslocamento físico de pacientes,

garantindo o uso das melhores práticas assistenciais, aumentando a resolutividade da APS e fortalecendo a responsabilidade dos médicos com seus pacientes.

No estudo sobre os impactos da teleconsultoria na atenção primária foi identificada a necessidade de treinamento prático, apoio da gestão e orientação sobre novas tecnologias e serviços de saúde, a fim de garantir melhor efetividade aos usuários que utilizam a teleconsultoria (VINHAL, 2018). Isso foi demonstrado nos documentos oficiais, como manuais operacionais, mas é necessário um aprofundamento maior de novos estudos, já que é um modelo recentemente implantado no Estado.

Desta forma, a teleconsultoria tem se mostrado uma importante ferramenta na qualificação dos profissionais da APS, com impacto significativo na redução das filas de espera em diversas especialidades, cumprindo assim os objetivos do programa no fortalecimento da APS e do Sistema Único de Saúde (MAEYAMA *et al.*, 2020).

Por isso, é importante destacar a relevância de existir uma atenção primária à saúde atuando como principal porta de acesso e de entrada preferencial, devendo a unidade básica de saúde coordenar a rede de serviços de cuidados e, ao mesmo tempo, ser a responsável pelo acompanhamento das pessoas, famílias e comunidades, uma possível solução para o problema do tempo de espera dos atendimentos ambulatoriais (BRASIL, 2006).

O tempo de espera tem merecido atenção em inúmeros estudos e principalmente pelos gestores dos serviços de saúde, a fim de avaliar o cuidado nos serviços especializados, devendo-se assumir a responsabilidade de fornecer cuidados adicionais, visando garantir a integralidade do atendimento, lidando com demandas específicas e minimizando os riscos à saúde dos usuários do sistema (BRASIL, 2006).

Por isso, conhecer o tempo médio de espera na fila é mais importante do que saber o número total de pacientes em espera, para a busca de soluções realistas e de impacto (EZEKOWITZ, 2002).

Segundo Vieira *et al.* (2015), avaliar os tempos de espera em diferentes regiões possui o intuito de obter informações essenciais à tomada de decisões estratégicas e uma visão geral para o planejamento, o que reforça o formato dessa pesquisa.

Um estudo importante do tempo de espera, juntamente com o absenteísmo, na atenção especializada, no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2016, realizado no Espírito Santo, em 20 municípios da região Metropolitana, demonstrou um tempo médio de espera para as consultas especializadas de 419 dias em 2014, 687 dias em 2015 e de

1.077 dias em 2016, e evidenciou um impacto no absenteísmo influenciado pelo tempo de espera, a partir da análise do banco de dados do sistema de regulação da SESA (FARIA et al., 2019). Isso corrobora resultados apresentados nesta pesquisa, e apesar dos valores serem relativamente diferentes, o aumento com o passar dos anos é semelhante.

O tempo de espera das consultas em um município de pequeno porte e distante de grande centro mostrou-se prolongado, afirma Vieira *et al.* (2015), e foi de encontro ao observado neste estudo ao avaliar a região Norte, que se localiza distante da região Metropolitana.

Embora haja esforços para otimizar o aproveitamento dos recursos disponíveis, por vezes os atrasos e as esperas estão relacionados mais a questões de organização do que à escassez de recursos. Portanto, é de extrema importância compreender o que está acontecendo com os usuários durante o período de espera. A demora provoca ineficiência, bem como desperdício de recursos, além de dor e sofrimento.

5. CONCLUSÃO

A ARFT é uma metodologia de trabalho recentemente implantada no Espírito Santo e visa facilitar a integração entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os demais níveis de atenção.

Este estudo analisou a efetividade do modelo de autorregulação formativa territorial no Estado do Espírito Santo e a relação com os tempos de espera nas consultas após sua implantação.

Com relação à efetividade do modelo, foi possível evidenciar mudanças de práticas na AB e AE, havendo interação entre esses profissionais, chegando a 20% das solicitações sendo resolvidas sem o deslocamento do paciente ao especialista. Portanto, pode-se perceber que, apesar do pouco tempo de implantação, foi relevante o uso da ferramenta, demonstrando ser válida no processo de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre atenção básica e especializada, proporcionando uma educação permanente efetiva para melhoria do acesso e qualidade da atenção básica.

Sobre o tempo de espera, o modelo se encontra em processo de consolidação, apresentando ascensão a cada ano. Mesmo havendo a expectativa de que esse modelo reduzirá o tempo de espera das consultas especializadas pela Secretaria de Estado da

Saúde do Espírito Santo, é importante destacar que ainda não houve uma redução desse tempo, demonstrando que o modelo ainda está em processo de consolidação.

Embora seja difícil projetar o cálculo de efetividade e o tempo médio ideal de espera, as análises permitirão o desenvolvimento de estratégias baseadas nas características de cada região, na adaptação das tecnologias à realidade dos profissionais de saúde e, sobretudo, maior proximidade entre eles, com menor dependência de intermediários.

Além disso, será necessário aprofundar os estudos e analisar o envolvimento de especialistas e clínicos gerais na prática da autorregulação formativa territorial. Dessa forma, sugere-se que os gestores, em parceria com os envolvidos, desenvolvam diretrizes com foco na melhoria da integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, oferecendo um atendimento de maior qualidade à população e investindo na implementação de tecnologias de informação e comunicação.

REFERÊNCIAS

BELBER, G. S. *et al.* Contribuições do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes na formação de recursos humanos na atenção básica. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 1198-1219, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Regulação do SUS**. Brasília, DF: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080, 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 União. Brasília, DF, 19 set, 1990. p. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Panamericana da Saúde. **A Política de Regulação no Brasil**. Brasília, DF: MS, 2006 (Série Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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, DF, 01 agosto, 2011. p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Curso básico de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS**. 2. ed. Brasília. DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. 2008.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). 2011.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.

CASAGRANDE, J. R. *et al.* **Plano Estadual de Saúde**. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, Vitória, 2019.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. v. 1.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Regulação de 2006**. Brasília, DF: CONASS, 26 maio 2006. 11 p. (CONASS Progestores) (Nota Técnica, 11).

ESPÍRITO SANTO. **Plano Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo, 2020-2023**.

ESPÍRITO SANTO. **Secretaria de Estado da Saúde. Portaria nº 102-R, de 20 de maio de 2021**. Dispõe sobre a organização e 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, ES, 20 mai. 2021. P.2.

EZEKOWITZ, J. A.; ARMSTRONG, P. W. The waiting game: facing the consequences. **CMAJ**, v. 167, n. 11, p. 1247-1248, 2002.

FARIAS, Cynthia Moura Louzada. *et al.* Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe5, p. 190-204, 2019.

INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE – ICEPi. **Autorregulação Formativa Territorial (ARFT)**. Disponível em: <https://icepi.es.gov.br/autorregulacao-formativa-territorial-arft>. Acesso em: 16 jul. 2022.

KATZ, Natan. Avaliação da efetividade da realização de teleconsultorias na qualificação dos encaminhamentos entre atenção primária e atenção especializada para pacientes portadores de condições crônicas em endocrinologia. 2016.

LIMA, M. R. M. *et al.* Regulação em saúde: conhecimento dos profissionais da estratégia saúde da família: **ver. Rene**. Fortaleza. p. 23-31. 2013.

MAEYAMA, Marcos Aurélio *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**, v. 6, n. 10, p. 80065-80081, 2020.

MENDES, E. V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2012.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NILSON, L. G. *et al.* Avaliação da utilização de telessaúde para apoio assistencial na atenção primária à saúde/Evaluation of the use of tele health for care support in primary health care. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 6, p. 6188-6206, 2019.

NOVAES, D. M. H. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde: **Rev. de Saúde Pública**. São Paulo. p. 547-558. 2000.

PIROLA, V. R. P. *et al.* **Manual Operacional Profissional Executante**. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, Vitória, 2022.

PIROLA, V. R. P. *et al.* **Manual Operacional Profissional Solicitante**. Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo, Vitória, 2022.

SILVA, S. F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. Brasília. Dez. 2010. Disponível em: <https://scholar.google.com.br>. Acesso em 12 jun. 2021.

VIEIRA, E. W. R.; LIMA, T. M. N.; GAZZINELLI, A. Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 65-78, 2015.

VINHAL, W. C. *et al.* **Impactos da regulação da teleconsultoria na atenção primária**. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, UERJ. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/handle/1/5918> 2018.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Patricia Rocha Vedova Pirola: Responsável pela concepção do estudo, coleta de dados, análise e redação do artigo.

Marcia Maria Pereira Rendeiro: Contribuiu para a orientação científica, análise crítica do conteúdo, revisão do artigo e fornecimento de sugestões para a melhoria do manuscrito.