

LETÍCIA DE OLIVEIRA FRAGA DE AGUIAR

REGULAÇÃO DO ACESSO EM SAÚDE:
UMA ANÁLISE DAS FILAS E O TEMPO DE ESPERA
PARA CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA, 2018

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LETÍCIA DE OLIVEIRA FRAGA DE AGUIAR

**REGULAÇÃO DO ACESSO EM SAÚDE:
UMA ANÁLISE DAS FILAS E O TEMPO DE ESPERA
PARA CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof. Dra. Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá.

**BRASÍLIA
2018**

LETÍCIA DE OLIVEIRA FRAGA DE AGUIAR

**REGULAÇÃO DO ACESSO EM SAÚDE:
UMA ANÁLISE DAS FILAS E O TEMPO DE ESPERA
PARA CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá – **(presidente)**

Fundação Osvaldo Cruz – FIOCRUZ

Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem

Universidade de Brasília – UnB

Lucia De Fátima Nascimento de Queiroz

Escola Nacional de Administração Pública – ENAP

Aos meus pais Antonio e Marieta.

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre!

Aos meus pais pelo esforço e dedicação.

Ao meu marido Junior e meus filhos Laiz e Enzo, todo amor, compreensão e apoio.

À Professora Doutora Maria Célia Delduque pela acolhida e incentivo.

Ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas do Ministério da Saúde (MS), em nome da diretora Cleusa Bernardo e aos colegas de trabalho Rafael e Sérgio, pela disponibilidade e auxílio.

RESUMO

A regulação em saúde se configura como um conjunto de ações que ordenam e organizam a relação demanda x oferta de serviços de saúde, visando o alcance de resultados relacionados ao atendimento das necessidades de uma população, e buscando garantir o acesso aos serviços de saúde, em tempo oportuno. No entanto, e com grande frequência, há um desequilíbrio nessa relação devido à grande procura por serviços especializados de saúde, o que excede a capacidade de oferta e ocasiona as listas e os tempos de espera. O presente trabalho analisou o acesso à atenção especializada no Distrito Federal, a partir da regulação assistencial às consultas em oftalmologia e cardiologia, abordando a capacidade técnica-profissional, as filas e seus respectivos tempos de espera para atendimento à demanda. Foram realizados levantamentos em banco de dados secundário, complementados com referenciais teóricos, técnicos e documentais. O período estudado foi de abril de 2015 a abril de 2017, desde a solicitação de consulta até a data do atendimento ou finalização. Os achados apontam que as especialidades escolhidas apresentam maior demanda por consultas, os tempos são de 33 dias para cardiologia e há suficiência de profissionais especialistas na rede, enquanto que na oftalmologia não há suficiência de profissionais especialistas e o tempo de espera é de 87 dias. Nas conclusões são apontados aspectos a serem considerados nos processos de melhorias e aprimoramento da gestão das filas, redução do tempo de espera, e conseqüente garantia do acesso e continuidade do cuidado especializado.

Palavras-chave: regulação e fiscalização em saúde; acesso aos serviços de saúde; equidade no acesso.

ABSTRACT

Health regulation is configured as a set of actions that order and organize the relation between demand and supply, aiming to achieve results related to the needs of medical appointment of a population, and seeking to guarantee access to health services in a appropriate waiting time. However, and very often, there is a disparity in this relationship due to the great demand for specialized services, which exceeds the capacity of supply and causes lists and waiting times. This study analyzed the access to specialized care in the Federal District, from the assistance regulation to the consultations in ophthalmology and cardiology, addressing the technical-professional capacity, the queues and their respective waiting times to attend to the demand. Surveys were used in a secondary database, complemented with theoretical, technical and documentary references. The period of time studied was from April 2015 to April 2017, since the request for consultation to the date of attendiment. The findings indicate that the chosen specialties present a greater demand for consultations, the time is 33 days for cardiology and there is a sufficiency of specialized professionals in the network, meanwhile in ophthalmology there is no sufficiency of specialist professionals and the waiting time is 87 days. In the conclusions are pointed out aspects to be considered in the processes of enhancements and improvement of queue management, reduction of waiting time, and consequently guarantee of access and continuity of specialized care.

Keywords: health regulation and supervision; access to health services; equity in access.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Relação entre as dimensões da Política Nacional de Regulação.....	16
Figura 2 –	Regiões Administrativas do Distrito Federal.....	24
Figura 3 –	População residente no Distrito Federal, segundo sexo e faixa etária – 2015.....	25
Figura 4 –	Organograma do complexo regulador do Distrito Federal.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal....	28
Tabela 2 – Consultas e procedimentos ambulatoriais especializados regulados pela Central de Regulação do Distrito Federal.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	-	Atenção Primária em Saúde
BI	-	<i>Business Intelligence</i>
BI/SISREG	-	<i>Business Intelligence</i> /Sistema Nacional de Regulação
CBO	-	Código Brasileiro de Ocupações
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONEP	-	Comissão Nacional de Ensino e Pesquisa
DF	-	Distrito Federal
DODF	-	Diário Oficial do Distrito Federal
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
GM/MS	-	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
RA	-	Região Administrativa
SISREG	-	Sistema Nacional de Regulação
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	11
2 INTRODUÇÃO	12
2.1 REGULAÇÃO	14
2.1.1 A Regulação na Saúde.....	15
2.1.2 A Regulação do Acesso	17
2.1.3 Listas de Espera na Saúde.....	20
2.1.4 Tempos de Espera na Saúde	21
2.2 A REGULAÇÃO DO ACESSO NO DISTRITO FEDERAL.....	23
2.2.1 Caracterização Geral.....	23
2.2.1.1 Mortalidade	25
2.2.1.2 Morbidade.....	26
2.2.2 Organização da Regulação Assistencial.....	29
3 OBJETIVOS	34
3.1 OBJETIVO GERAL	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4 MÉTODOS	35
4.1 ASPECTOS ÉTICOS	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
5.1 ARTIGO 1	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
5.2 ARTIGO 2	47
6 CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS	711
APÊNDICE	733
APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO	744

1 APRESENTAÇÃO

O trabalho aqui apresentado é resultante de estudos e pesquisas com a finalidade de obter o grau de Mestre no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Em formato dissertativo, está organizado em capítulos onde o primeiro, como parte integrante da introdução, contém revisão bibliográfica sobre os temas e conceitos: regulação do acesso em saúde, listas e tempos de espera, com destaque para o Distrito Federal, território escolhido para este estudo.

O capítulo dos métodos contém o descritivo de documentos técnicos, instrumentos e ferramentas utilizadas na coleta dos dados, cálculos e análises resultantes.

O capítulo dos resultados e discussão é composto por dois artigos. O primeiro qualitativo trata do acesso à atenção especializada no Distrito Federal, ilustrado pela regulação do acesso às consultas em oftalmologia e cardiologia, com abordagem na capacidade instalada. O segundo, quantitativo, se propôs a conhecer as filas e analisar os tempos de espera para consultas nas mesmas especialidades, no Distrito Federal.

A conclusão traz, de forma geral, um panorama sobre a regulação assistencial no Distrito Federal, com ênfase nas filas de acesso e o tempo de espera, atendendo assim ao objetivo do presente documento acadêmico, como trabalho final do curso.

2 INTRODUÇÃO

A organização do sistema de saúde, proposto no modelo brasileiro, deve ser hierarquizada e descentralizada, fortalecendo assim a capacidade gestora dos entes federados. Para Starfield (1), a capacidade do sistema de serviços de saúde é o que propicia a prestação destes serviços, sendo seus elementos capacitadores os recursos necessários à oferta.

Para cumprir a hierarquização, o modelo está organizado em níveis de atenção: atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar e atenção nas urgências e emergências. Entretanto, esse modelo nem sempre funciona de maneira efetiva ou integrada, se fazendo necessária a organização em redes de atenção à saúde. Como apoio para superar essa fragmentação recorrente, surge a regulação como um caminho, funcionando como elo organizativo nessa rede, estabelecendo fluxos de referência aos serviços.

O termo regulação tem sido utilizado no âmbito da saúde com um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral (2).

Em 2008, foi editada a Política Nacional de Regulação (3) que estabeleceu diretrizes para implementação da regulação, com o intuito de aperfeiçoar e organizar a relação entre a oferta e a demanda por serviços, qualificando o acesso da população às ações e serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). A Política propõe a organização do processo regulatório em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência (3).

Sendo a atenção básica considerada ordenadora do sistema e a principal porta de entrada no SUS, em acordo com o Decreto n. 7.508/2011, se faz necessária uma grande integração entre a atenção básica e a regulação, que fará o papel organizador para o acesso ordenado às ações especializadas. Ainda para Starfield (1), a integralidade implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, incluindo encaminhamentos para serviços secundários e terciários.

A regulação é parte integrante do processo de organização do acesso a ações e serviços de saúde. Ela promove o controle do acesso às ações e serviços disponibilizados, propicia a adequação da oferta, pois orienta o planejamento e aponta as necessidades de saúde, possibilitando uma visão ampla e abrangente do sistema.

O processo regulatório engloba a operacionalização, monitoramento e avaliação das solicitações dos procedimentos especializados, ação realizada por um profissional médico, de acordo com a classificação de risco e com os protocolos de regulação. Esses compreendem os protocolos de regulação ou de acesso, e o fluxo de encaminhamentos, que ordenam e qualificam o acesso entre os diversos níveis da atenção e os protocolos clínicos que tratam da forma de intervenção por patologia, subsidiando assim as decisões terapêuticas, que atendem as necessidades do paciente, baseado em linhas de cuidado.

Linha de cuidado, segundo Franco (5), é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde.

Para Cecílio e Merhy (6),

[...] uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores ...

De acordo com Santos e Merhy (7),

[...] existem inúmeros desafios na implementação da regulação pública, entre eles a sua finalidade. A regulação, ao garantir o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função. Essa função quando cumprida deve promover a equidade do acesso, a disponibilização de recursos assistenciais necessários para atendimento às necessidades de saúde do cidadão.

No contexto do acesso, Sanchez (8) traz a definição de acesso, calcada em quatro elementos principais, denominados disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação, e afirma que acesso cada vez mais se confunde com o conceito de equidade em saúde.

A relevância deste estudo foi conhecer, no Distrito Federal, a organização da rede assistencial de saúde especializada ambulatorial, ordenada pela demanda e pela oferta de serviços e mediada pela regulação do acesso.

Portanto, essa dissertação traz a análise da regulação do acesso de usuários a duas especialidades médicas que são reguladas pelo gestor de saúde do Distrito Federal, com foco nas filas e tempo de espera, apontando possíveis estratégias que qualifiquem a gestão das filas e consequente redução no tempo de atendimento para acesso aos serviços assistenciais disponíveis aos cidadãos.

2.1 REGULAÇÃO

No dicionário Aurélio, a palavra regulação significa o “ato ou efeito de regular”, que, por conseguinte significa “conforme as regras, as leis, as praxes, a natureza”. Segundo Oliveira (9), a literatura demonstra que, historicamente, regulação é precedida de termos como “regulador” e “ação reguladora”, concebidas sob a ótica de sistemas de controle. Sustenta que o *status* epistemológico do conceito de regulação é pouco estabelecido e varia muito entre os autores, no entanto correlaciona a ideia de regulação com noções de sistemas e complexidade.

O termo regulação se aplica em várias ciências, seja no direito, na biologia, na economia, na saúde, nas ciências sociais e políticas. Para Oliveira (9), o conceito de regulação está ligado a quatro ideias fundamentais: controle relacionado a ajustamento e regramento; equilíbrio relacionado a correção e conservação; adaptação relacionado a interação e transformação e, direção relacionado a negociação e comando.

Desta tipologia classificada pelo autor, trazida para o universo da saúde, pode-se aplicar as ideias de controle e direção associadas, pois uma trata de estabelecimento de regras como função de Estado, e a outra da capacidade de organização e do exercício de poder.

Destarte, a regulação é vista como um conjunto de ações-meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos para o alcance de resultados que podem estar relacionados à satisfação do consumidor ou ao atendimento das necessidades mais prementes de uma população (10).

De um modo geral, os estudos na área de regulação têm focado especialmente sua dimensão econômica. Sob a ótica da teoria econômica clássica, a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir 'falhas de mercado', utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle (7). Tais falhas ocorrem quando as perfeitas condições de competição, voltadas para a 'lei da oferta e da demanda', não estão plenamente satisfeitas (11).

2.1.1 A Regulação na Saúde

O termo regulação tem sido utilizado no âmbito da saúde com um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral (2). A regulação, ao garantir o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função (7).

Conforme Oliveira (9), a regulação expressa a ideia de coerência e compatibilidade entre as estruturas de oferta e demanda, em interação dinâmica. Essa lógica se aplica à regulação em saúde, onde o equilíbrio dinâmico deve existir na organização e gerenciamento da rede assistencial.

Os conceitos de regulação em saúde utilizados pelos autores têm em comum o entendimento da regulação a partir da lógica de intervenção do Estado, direta ou indiretamente. Assim, a regulação é apresentada como uma atividade do Estado ligada a uma variedade de funções: normativa, administrativa, econômica, política e de governança. No entanto, o que diferencia esses conceitos de regulação são as diferentes formas de intervenção do Estado (9).

Na área da saúde, a literatura demonstra que, sob o aspecto da oferta, a regulação busca a disponibilização de serviços e recursos assistenciais adequados às necessidades da população, com base em critérios epidemiológicos, mas que

ainda encontra-se incipiente no SUS. Sob a ótica da demanda, a regulação busca qualificá-la, disponibilizando o serviço de saúde mais adequado ao usuário, em momento oportuno, equânime, e pautado por critérios de priorização de riscos, o que também requer aprimoramentos (11).

A Política Nacional de Regulação (3) foi instituída no sentido de fortalecer instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde como forma de garantia da organização das redes e fluxos assistenciais, na busca de promover aos usuários do sistema público o acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde. Ainda orienta a estruturação de ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS visando o aprimoramento e a integração dos processos de trabalho.

A referida política aborda a regulação da saúde em três dimensões: regulação dos sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e regulação do acesso à assistência, e propõe que estas estejam integradas entre si, como forma de garantir a prestação adequada de serviços à população (12).

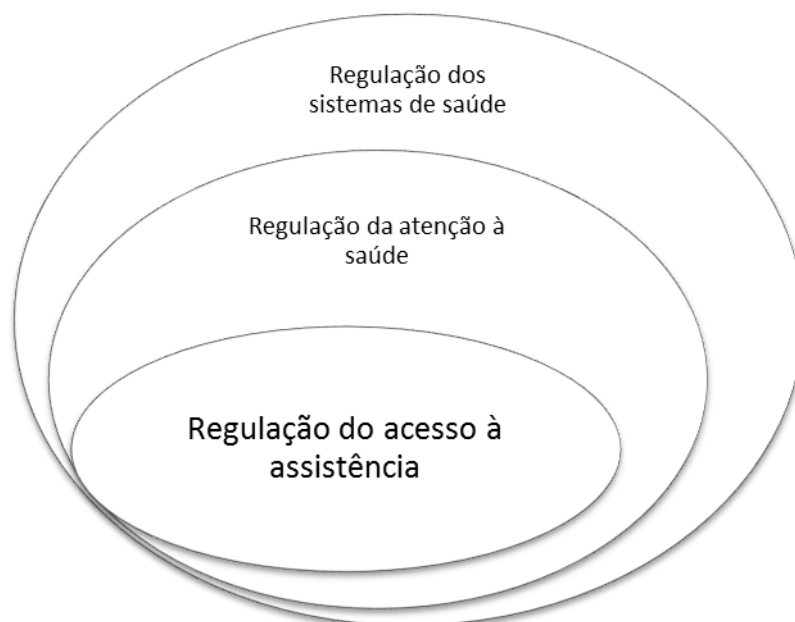


Figura 1: Relação entre as dimensões da Política Nacional de Regulação.

Fonte: Elaboração própria, adaptada do manual (12).

A dimensão dos sistemas de saúde se torna efetiva a partir dos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação na saúde suplementar, auditorias e incorporação de tecnologias em saúde.

A dimensão da atenção à saúde aborda a contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial.

E a dimensão do acesso à assistência é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e procedimentos. Cabe ainda citar o controle dos leitos, agendas de consultas e procedimentos especializados, a padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e o estabelecimento de referências e contra referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, segundo fluxos e protocolos pactuados.

2.1.2 A Regulação do Acesso

A regulação do acesso assistencial objetiva a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, para além de todas as ações que permitem a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada e em tempo oportuno à necessidade do cidadão.

Como efetivador das políticas públicas em saúde, o Estado utiliza a regulação do acesso aos serviços públicos como um poderoso instrumento de gestão. Todavia, há que se debater a utilização desse instrumento sob a ótica da transição do Estado provedor para o Estado garantidor da produção dos serviços públicos, visto que a regulação interfere na prestação desses serviços (11).

A organização de um sistema de saúde, proposto no modelo brasileiro, deve ser hierarquizado e descentralizado, fortalecendo assim a capacidade gestora dos entes federados e no aspecto assistencial, garantir a longitudinalidade do cuidado.

Para essa hierarquização o modelo está organizado em níveis de atenção: atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar e atenção nas urgências e emergências. E, o funcionamento desse modelo requer uma organização em redes de atenção à saúde integradas, em permanente comunicação e resolutivas. Como estratégia para viabilizar e operacionalizar o modelo, surge a regulação como

possibilidade de funcionar como elo organizativo nessa rede, estabelecendo protocolos e fluxos de referência aos serviços.

A Política Nacional de Regulação (3) estabeleceu diretrizes para implementação da regulação, com o intuito de aperfeiçoar e organizar a relação entre a oferta e a demanda por serviços, qualificando o acesso da população às ações e serviços de saúde no SUS.

Tendo a atenção básica como ordenadora do sistema, considerada a principal porta de entrada no SUS, é necessária a interação entre a atenção básica e a regulação, que fará o papel organizador para o acesso ordenado às ações especializadas.

Essa regulação deve funcionar a partir da implantação de centrais de regulação e complexos reguladores, unidades administrativas que utilizam ferramentas informatizadas e aplicativos que facilitem a conexão e a integração entre as unidades de saúde, tanto solicitante quanto a executante.

O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações de regulação do acesso, formada por unidades operacionais denominadas Centrais de Regulação (12).

Nesta ótica, o Complexo Regulador foi concebido para conferir, ao SUS, uma capacidade sistemática de responder às demandas e às necessidades de saúde de seus usuários nas diversas etapas do processo assistencial. Trata-se de um “instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção”, cuja atuação deve se dar de “forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo” (13).

Para maior acesso do usuário, deve-se implementar linhas de cuidados, levando em conta protocolos clínicos e de regulação, com integração na forma de redes para que o atendimento ao paciente seja efetuado de forma integral, não fragmentado, com encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência a partir das necessidades do usuário, facilitando seu acesso aos serviços de saúde, em tempo oportuno.

Ainda fundamental destacar que quando há quantitativo de consultas e procedimentos suficientes que reflitam equilíbrio na relação oferta x demanda, a utilização de um sistema informatizado programado para agendamento por cotas permite a disponibilização lógica destas consultas e procedimentos de acordo com as solicitações, obedecendo aos protocolos e critérios estabelecidos no momento da

programação da ferramenta. Já quando há escassez da oferta, a regulação é uma potente ferramenta, pois o profissional regulador, a partir de aspectos como o potencial de risco do agravo e/ou grau de vulnerabilidade, prioriza o atendimento a partir da condição clínica, não considerando a ordem cronológica.

Deve-se pensar na regulação em saúde sempre no contexto dos princípios norteadores do SUS, e não apenas como forma de racionalizar os recursos existentes. Sob essa lógica, o processo regulatório deverá estabelecer um redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão), qualificando a utilização dos recursos assistenciais e financeiros e coibindo fluxos paralelos, baseados em relações pessoais e outros critérios não científicos ou não pactuados (11).

Ao atuar sobre as tensões presentes no cotidiano do trabalho em saúde, evidencia-se que as tecnologias já disponíveis são insuficientes para articular a gestão do sistema em direção à produção do cuidado centrado na necessidade do cidadão. Elas precisam ser enriquecidas em ato pelos saberes e tecnologias produzidos em encontros deliberados, em movimentos ativos da gestão para apoiar a produção do cuidado (14).

Conseqüentemente, indicamos que a produção da integralidade, princípio do SUS, exige que a gestão tome a produção do cuidado e o trabalho em saúde como objetos de ação, como política de governo. Não basta montar sistemas de informação, fluxogramas, protocolos e normas. É necessário efetua-los no cotidiano, na interação entre os diversos serviços, com aqueles que ali estão presentes, gestores, trabalhadores e usuários. Nos encontros e nas redes de conversação é que acontece a produção do trabalho em saúde e se efetua os princípios de valorização da vida e da integralidade, centrais para a consolidação do SUS (14).

Destarte, o papel da regulação revela-se imperativo ao promover a articulação e a integração das atividades de regulação com as ações de fiscalização, controle, avaliação e auditoria nos diversos níveis de complexidade da assistência dentro de uma rede hierarquicamente organizada. E, ao garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, atua sobre a oferta dos mesmos e estabelece a adequação dessa oferta às necessidades identificadas (11).

2.1.3 Listas de Espera na Saúde

A lista de espera pode ser considerada importante instrumento na organização e ordenamento das necessidades em saúde, permitindo à gestão conhecer, avaliar, planejar e tomar decisões sobre ações e serviços de saúde a serem disponibilizados à população sob sua responsabilidade.

A grande procura por serviços especializados de saúde comumente excede a capacidade de oferta, o que ocasiona as listas e os tempos de espera. O desequilíbrio entre a demanda e a oferta pode ser apontado como o grande balizador deste problema no SUS. As listas de espera geradas por esta alta demanda podem ser caracterizadas pela procura direta do usuário ao serviço, ou pelos encaminhamentos referenciados a partir das portas de entrada do SUS, em especial a atenção básica ou urgências e emergências.

No Brasil, o Ministério da Saúde por meio da Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (15), define lista de espera como:

[...] uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos, promovendo a transparência, ou seja, constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda.

Para Sarmiento (16), a fila de espera é uma lista de pacientes que necessitam de um mesmo tratamento ou serviço médico, cuja demanda é maior que a oferta. Metaforicamente, os pacientes na fila habitam uma sala de espera virtual, aguardando um mesmo procedimento, sendo chamados um por vez, de acordo com a ordem da fila. A fila de espera para cirurgias eletivas é uma realidade em muitos hospitais gerais do país, com nuances regionais quanto aos procedimentos com fila maior ou menor, seja medida em número de pacientes ou em tempo de espera.

Marinho (17) afirma que o primeiro passo para enfrentamento do problema das filas é dimensionar o real tamanho dela e dar visibilidade a estas. A divulgação da fila irá impedir ou minimizar situações como: venda de consultas ou de lugar na fila; privilégio por influência política; favorecimento por conhecer os funcionários ou

os profissionais de saúde; criação de uma fila paralela; mascarar o real problema e tamanho da fila e impedir adulteração da fila real.

A regulação do acesso tem papel relevante na organização destas filas pois pode criar condições de resposta às reais necessidades por ações e serviços de saúde.

As listas de espera e/ou os tempos de espera podem indicar barreiras ao acesso, de índole organizacional, por deficiente planejamento de recursos e por ineficiente utilização da capacidade existente (18).

Barros aponta que se pode ver as listas de espera como resultado de uma incapacidade do sistema de saúde em satisfazer as necessidades elementares de saúde dos cidadãos (19).

A inexistência de um sistema de informação adequado é uma das principais dificuldades de gestão das listas e tempos de espera. O investimento num sistema é essencial, pois este produzirá informações que subsidiarão intervenções no aumento da produção e produtividade. Outro fator apontado pelo autor como fundamental é otimizar a utilização da capacidade instalada (18).

As listas de espera estão sempre associadas a um tempo médio de espera. A gestão destas listas depende de inúmeras variáveis como o tamanho desta fila, a capacidade instalada, o volume de pacientes por especialidades, modelo de atenção e as formas de organização do acesso, dentre outros.

Para viabilizar esses processos, os sistemas de informação são considerados ferramentas fundamentais, com a possibilidade de integrar as informações sobre os usuários do sistema, seus respectivos históricos de cuidados, diferenciação das necessidades de saúde para priorização do acesso, tornar transparente a movimentação dos usuários nas listas e para monitorar desempenho do sistema como um todo (20).

2.1.4 Tempos de Espera na Saúde

Na saúde, o tempo de espera pode ser entendido como o período decorrido entre a busca direta ou indicação profissional para o atendimento até a sua

efetivação, seja pontualmente, seja na continuidade do cuidado. No entanto, há subjetividade na percepção desta definição e no uso prático da expressão.

O tempo de espera vinculado a uma lista de espera pode ser considerado um critério de priorização no atendimento e pode permitir o acompanhamento da evolução das filas; vinculado à transparência ou legislação pode significar informação ao paciente e segurança de garantia no atendimento. Por outro lado, longos tempos de espera significam grandes problemas ao sistema público de saúde.

Wright et al. descrevem um conjunto de definições e palavras - chave: meta de acesso, como sendo o tempo aceitável para consulta e realização de cirurgia; tempo de espera 1, como período de tempo entre a referência da atenção primária ao especialista; e tempo de espera 2, como sendo o período de tempo entre a decisão por cirurgia e sua realização (21).

Independente da definição, a administração dos tempos de espera na saúde se caracteriza como enorme desafio aos gestores da saúde. O tema está diretamente relacionado com o agravamento da situação de saúde dos pacientes. Tempos de espera longos podem comprometer eficácia de tratamento, agravar as condições clínicas podendo até causar mortes, e aumentar custos.

Reis afirma,

[...] os tempos e as listas de espera podem ter efeitos prejudiciais para os doentes, para todos os que a eles estão ligados e para os próprios sistemas de saúde. Com efeito, enquanto um doente espera, a doença progride afectando, pelo menos potencialmente, os resultados do tratamento futuro que, aliás e em alguns casos deixa até de ser possível, pondo em causa não só o bem-estar do doente como a sua própria vida. Tal situação envolve riscos significativos e custos pessoais (morais, materiais, familiares, sociais e profissionais) que afectam os indivíduos e o sistema no seu conjunto (18).

Ainda para Reis, a necessidade de esperar por cuidados de saúde é uma característica comum aos sistemas de saúde, particularmente quando a prestação de cuidados de saúde assume uma forma organizada (18).

Nos longos tempos de espera os fatores organizacionais e gerenciais são referidos como de grande importância, porém a desproporção entre a oferta e a demanda se configura como seu principal determinante.

Para além da espera por uma consulta ou por uma cirurgia, o acesso às prestações de saúde, também envolve tempos de espera de tipo processual, variáveis consoante as necessidades do doente e as tecnologias que se procuram e que também podem variar, quer de hospital para hospital, quer de sistema de saúde para sistema de saúde (18).

Ações de organização e monitoramento das filas e seus respectivos tempos de espera, como forma de acompanhamento da sua evolução, propiciam maior controle e melhoram o acesso.

Sendo a necessidade de esperar por cuidados de saúde uma característica comum aos sistemas de saúde, compreende-se que as medidas preconizadas e/ou adoptadas para reduzir as listas de espera, sejam muito diversificadas e que, se muitas delas têm tido resultados positivos, permaneçam ainda inúmeros desafios (18).

2.2 A REGULAÇÃO DO ACESSO NO DISTRITO FEDERAL

2.2.1 Caracterização Geral

O Distrito Federal (DF), unidade da federação localizada na região Centro-Oeste, é um território autônomo com 5.779,997 km² (2016) de extensão e está dividido em 31 Regiões Administrativas (RA). Tem uma população de 3.039.444 habitantes (IBGE estimativa 2017).

O sistema de saúde é gerido pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-DF) e está organizado em 07 Regiões de Saúde: Centro-Sul, Centro-Norte, Oeste, Sudoeste, Norte, Leste e Sul. Cada uma é coordenada pela respectiva superintendência e estão assim compostas:

- Região de Saúde Centro-Norte: Asa Norte, Lago Norte, Varjão, Cruzeiro, Sudoeste, Octogonal, Asa Sul, Lago Sul;
- Região de Saúde Centro-Sul: Núcleo Bandeirante, Riacho Fundo I e II, Park Way, Candangolândia, Guará, Setor de Indústria e Abastecimento (SIA), Setor Complementar de Indústria e Abastecimento (SCIA) e Estrutural;

- Região de Saúde Norte: Planaltina, Sobradinho, Sobradinho II e Fercal;
- Região de Saúde Sul: Gama e Santa Maria;
- Região de Saúde Leste: Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião;
- Região de Saúde Oeste: Ceilândia e Brazlândia; e
- Região de Saúde Sudoeste: Taguatinga, Vicente Pires, Águas Claras, Recanto das Emas e Samambaia.



Figura 2: Regiões Administrativas do Distrito Federal

Fonte: Relatório anual de gestão do Distrito Federal – 2016 (22).

Conforme o Plano Distrital de Saúde 2016-2019 (23), dos residentes no DF 20,38% têm até 14 anos de idade, 65,56% constituem a grande maioria e concentram-se nos grupos entre 15 e 59 anos. A faixa da população acima de 60 anos de idade é de 14,07%.

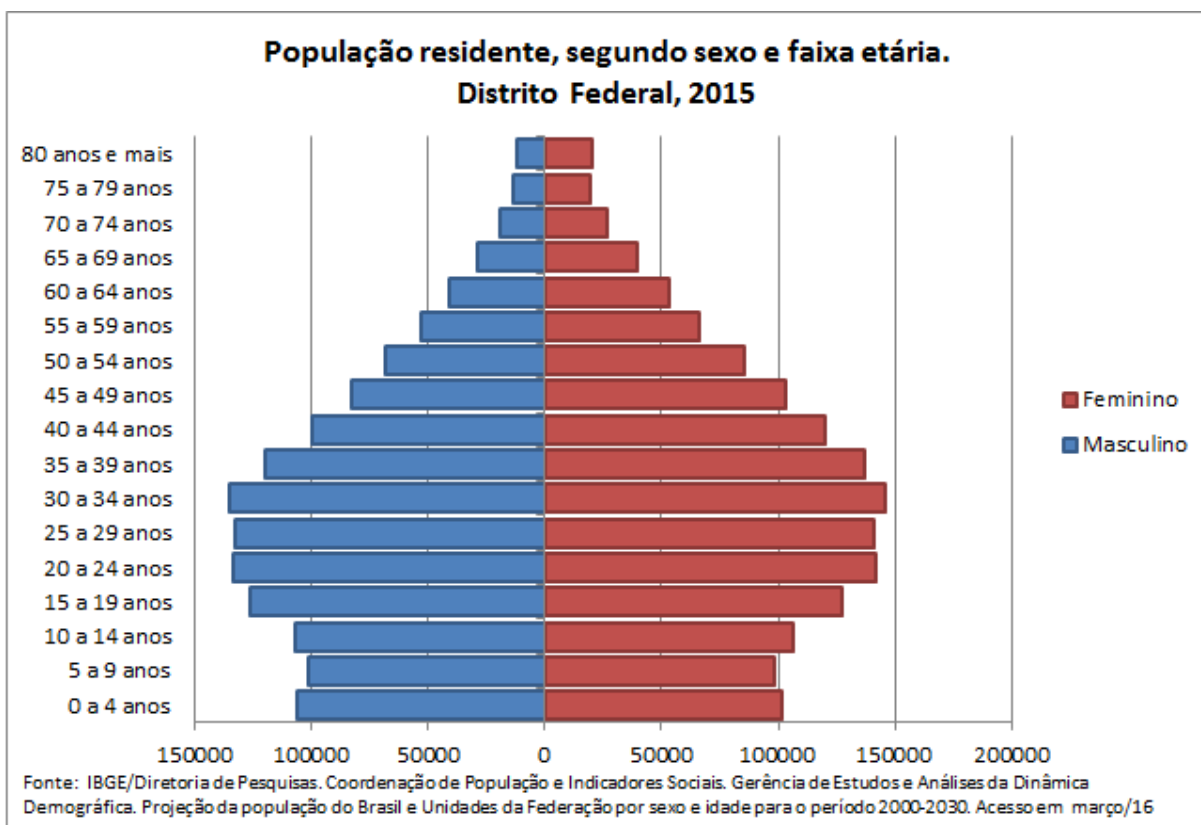


Figura 3: População residente no Distrito Federal, segundo sexo e faixa etária – 2015

Fonte: CONASS. Guia de Apoio à Gestão do SUS. (24)

A natalidade no Distrito Federal vem sofrendo redução ao longo dos últimos anos. Em 2001 foram registrados 46.967 nascidos vivos residentes em Brasília e em 2014 este número passou a 44.538.

2.2.1.1 Mortalidade

Em 2015 foram registrados 11.965 óbitos entre os residentes no Distrito Federal. O maior número de óbitos foi por causa de doenças do aparelho circulatório, porém a causa de óbito difere entre as faixas etárias. Em menores de 1 ano a principal causa foi afecções originadas no período perinatal (até 27 dias de vida), responsável por mais da metade de todos os óbitos menores de um ano (304 óbitos - 62,40%), seguida de malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas (126 óbitos - 25,87%) (22).

Entre 01 e 39 anos, o capítulo da CID 10 mais frequente foi causas externas de morbidade e mortalidade (acidentes e violência), onde na faixa de 01 a 9 anos de idade ocorreram mais acidentes de transporte, afogamento, etc., e de 10 a 39 anos foram principalmente agressões (homicídios) (22).

Na faixa etária acima de 40 anos, a principal causa de óbito foi doenças do aparelho circulatório (3.117 obitos - 95,85%), a segunda causa neoplasias (2.280 óbitos - 92,87%) e a terceira maior causa doenças do aparelho respiratório (1.084 óbitos - 94,58%). O que pode ser observado ainda nesta faixa etária é que as maiores incidências ocorreram acima dos 70 anos, o que demonstra que junto com a longevidade crescente nos últimos anos, e das doenças crônicas, o destaque se dá pelas neoplasias e tumores, acompanhadas de doenças do aparelho circulatório (22).

2.2.1.2 Morbidade

Os dados referentes às morbidades em 2016 mostram que a primeira causa de internação, foi gravidez, parto e puerpério, seguido de lesões, envenenamentos e causas externas. Em terceiro lugar estão as doenças do aparelho circulatório, com 74% de casos (9.095) acometidos na população acima de 50 anos, assim como para as doenças do aparelho respiratório e do aparelho digestivo, que necessitam de internação para compensação de doenças crônicas (DCNT). Ainda cabe destaque as internações por doenças infecciosas e parasitárias na faixa etária de 0 a 9 anos (37% dos casos) (22).

Os transtornos mentais e comportamentais estão concentrados na faixa etária de 15 a 60 anos com mais de 80% dos casos. Ainda significativamente, ocorrem internações por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, na faixa etária de 15 a 49 relacionados com acidentes de trânsito e para a população acima de 50 anos, relacionadas com doenças do envelhecimento (22).

O Plano Distrital de Saúde 2016-2019 aponta que 34,59% da população do Distrito Federal possui plano de saúde, em domicílios das regiões de saúde de maior renda, a Centro-Norte e a Centro-Sul. Em contrapartida, 65,36% da população do

DF não possui plano de saúde e, portanto, este percentual pode ser considerado de usuários exclusivamente SUS (23).

O Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011, define que o acesso às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto. No DF a porta de entrada preferencial no sistema público de saúde é a atenção primária, através das unidades básicas de saúde (UBS), tendo como modelo orientador a estratégia de saúde da família. A atenção primária no Distrito Federal tem uma cobertura da estratégia de saúde da família de 33.61% (Tabela 1) e é conformada pelas unidades básicas de saúde, que são responsáveis pela prevenção e promoção à saúde e atendimento em demanda espontânea aos pacientes com perfil de risco compatível (25).

As unidades básicas são pontos de atenção que compõem a rede de saúde e se comunicam com os demais pontos de atenção especializada. É de responsabilidade da UBS o encaminhamento do paciente à unidade de referência, bem como o agendamento de consultas especializadas, exames e procedimentos, com base em protocolos e fluxos estabelecidos pela gestão local. Na relação estabelecida entre a atenção primária e a atenção especializada, os encaminhamentos tem como ponto central e estratégico a Central de regulação ambulatorial (Figura 4).

Já a regulação das urgências e emergências orienta a relação entre o componente hospitalar e o pré-hospitalar, como ordenador do fluxo efetivo das referências e contra referências, a fim de garantir o acesso do paciente à unidade de saúde, conforme sua necessidade (25).

Tabela 1 – Cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal

MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB

Unidade Geográfica: Estado – DISTRITO FEDERAL

Competência: Dezembro de 2017 a Janeiro de 2018

Ano	Mês	População	Número de Municípios com ESF	Teto (ESF)	Credenciados pelo Ministério da Saúde (ESF)	Cadastradas no Sistema (ESF)	Implantados (ESF)	Estimativa da População Coberta (ESF)	Proporção de Cobertura Populacional Estimada (ESF)
2017	12	2.648.532	1	1.324	360	293	259	893.550	33,74
2018	1	2.977.216	1	1.324	360	300	290	1.000.500	33,61

Fonte: MS/SAS/DAB/IBGE.

2.2.2 Organização da Regulação Assistencial

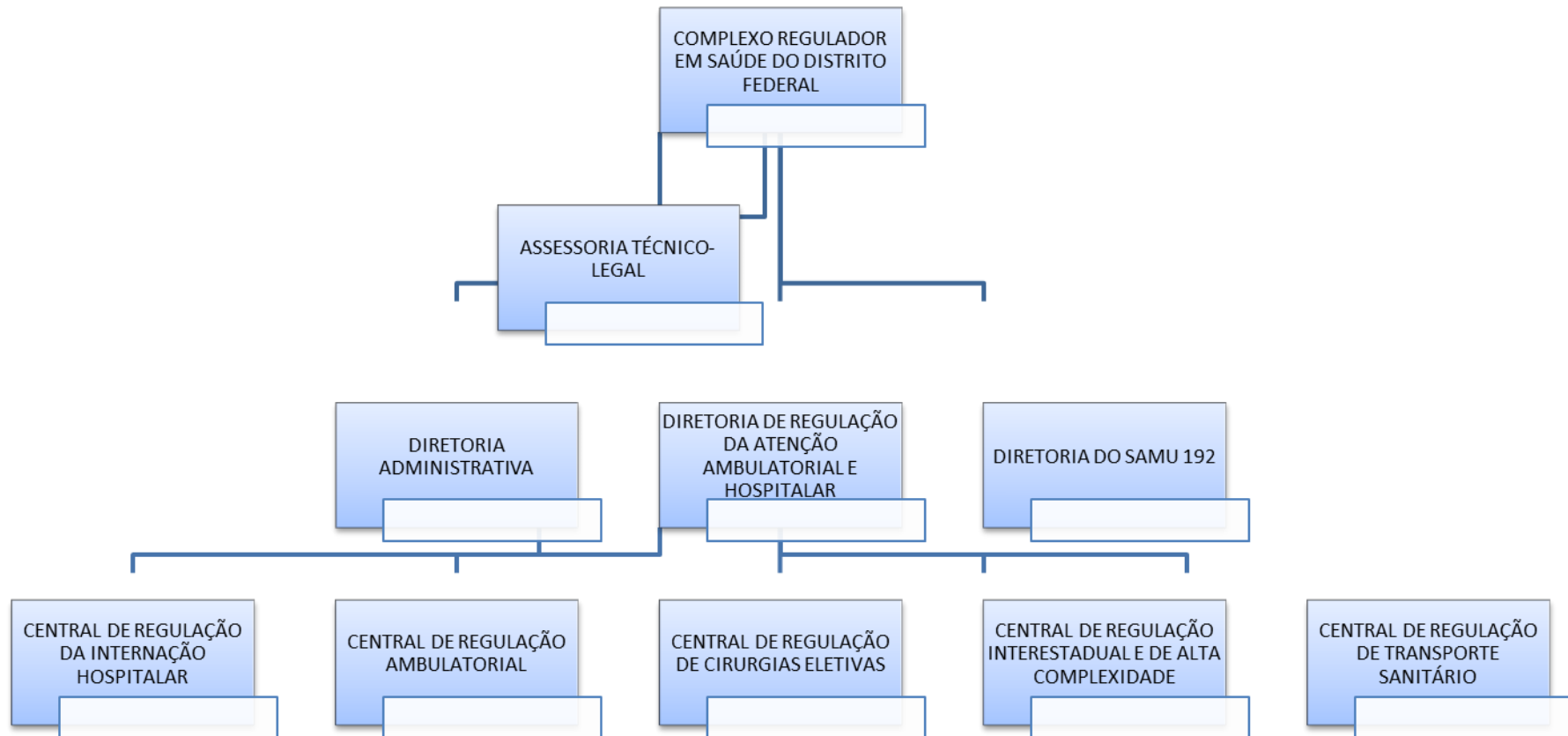


Figura 4: Organograma do complexo regulador do Distrito Federal

Fonte: SES/DF adaptado do Decreto n. 38.488, de 13 de setembro de 2017. DODF. (elaboração própria) (26).

A partir da estrutura demonstrada, deu-se destaque à Central de regulação ambulatorial que é o *locus* escolhido para abordagem deste trabalho, uma vez que é nessa unidade administrativa que ocorre a regulação de consultas especializadas. A organização ocorre por meio de fluxo estabelecido onde o paciente deverá ser encaminhado com agendamento prévio feito nas unidades básicas de saúde.

A central de regulação ambulatorial do DF utiliza o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), módulo ambulatorial, ferramenta informatizada disponibilizada pelo Ministério da Saúde. É um sistema on-line, criado pelo Ministério da Saúde com a finalidade de auxiliar o gerenciamento de todo complexo regulador indo da rede básica, como unidade de saúde solicitante de procedimentos de média e alta complexidade, à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos assistenciais (26).

Este sistema permite a inserção de toda a oferta assistencial que o gestor de saúde disponha a regular, seja para dar agilidade ao acesso, seja pela disponibilidade restrita do recurso assistencial e alta demanda por determinada especialidade, entre outras situações. A ferramenta ainda possui uma configuração flexível, permitindo a programação de tempo para agendamento e a estruturação de fluxos distintos, o que possibilita ao gestor o gerenciamento local de sua base de dados.

No momento da pesquisa para realização deste estudo, foram levantadas todas as especialidades que têm consultas e procedimentos ambulatoriais regulados pela Central do DF, por meio do *Business Intelligence* do Sistema Nacional de Regulação (BI/SISREG), conforme tabela 2.

Tabela 2 – Consultas e procedimentos ambulatoriais especializados regulados pela Central de Regulação do Distrito Federal (continua).

Procedimento Solicitado	Quantidade de Solicitação
CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA - GERAL	7.605
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - POS-OPERATORIO	357
CONSULTA EM CIRURGIA PEDIATRICA - GERAL	3.541
CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA - GERAL	1.005
CONSULTA EM DERMATOLOGIA - GERAL	27.444
CONSULTA EM GASTROENTEROLOGIA - PEDIATRIA	1.456
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - GERAL	29.892
CONSULTA EM OTORRINOLARINGOLOGIA - GERAL	20.564
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - RISCO CIRURGICO	5.599
CONSULTA EM ENDOCRINOLOGIA - PEDIATRIA	1.374
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - PEDIATRIA	4.005
CONSULTA EM NEFROLOGIA - PEDIATRIA	650
CONSULTA EM MASTOLOGIA - GERAL	4.548
CONSULTA EM HOMEOPATIA INFANTIL	43
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - INSUFICIENCIA CARDIACA	368
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - VALVULOPATIA	206
CONSULTA EM PNEUMOLOGIA INFANTIL	583
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - ADULTO	22.567
CONSULTA EM ONCOLOGIA CLINICA	1.897
CONSULTA EM NEUROLOGIA PEDIATRICA	5.049
CONSULTA EM REUMATOLOGIA - PEDIATRICA	173
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - ACIMA DE 60 ANOS	375
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - CORONARIA	408
CONSULTA EM ALERGOLOGIA - INFANTIL	3.239
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - 0 A 15 ANOS	8.098
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA- TRANSPLANTE DE CORNEA	69
CONSULTA EM NEUROCIRURGIA PEDIATRICA	335
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - DEGENERACAO MACULAR RELACIONADA A IDADE	167
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - ARRITMIA	1.687
CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR - ALTA COMPLEXIDADE	82
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - FIBRILACAO ATRIAL	65
CONSULTA EM RADIOTERAPIA	1.597
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - UVEITE	144
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - RETINA GERAL	2.955

Tabela 2 – Consultas e procedimentos ambulatoriais especializados regulados pela Central de Regulação do Distrito Federal (continuação).

Procedimento Solicitado	Quantidade de Solicitação
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - RETINA DO RECEM NASCIDO	658
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - PLASTICA OCULAR	1.087
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - HANSENIASE	46
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - GLAUCOMA	1.494
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - ESTRABISMO	766
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CORNEA	566
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - CATARATA	2.962
CONSULTA EM DERMATOLOGIA - TUMORES	439
CONSULTA EM DERMATOLOGIA - PSORIASIS	125
CONSULTA EM DERMATOLOGIA - PEDIATRIA	1.683
CONSULTA EM DERMATOLOGIA - HANSENIASE	152
CONSULTA EM DERMATOLOGIA - ACNE GRAVE	435
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - MARCAPASSO	95
CONSULTA EM IMUNOLOGIA - PEDIATRIA	116
CONSULTA EM ONCO-HEMATOLOGIA - PEDIATRIA	471
CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR - DOENCAS ARTERIAIS	758
CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR - DOENCAS VENOSAS E LINFATICAS	6.211
CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA - TRIAGEM	1.949
CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA - REC MAMARIA POS MASTECTOMIA	62
CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA - FISSURA LABIO PALATAL	13
CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA - CANCER DE PELE	165
CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA - LESAO MEDULAR	4
CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA - RECONSTRUCAO DE MEMBROS	9
CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA - POS CIRURGIA BARIATRICA	177
CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA - LIPODISTROFIA POR ANTIRETROVIRAIS	3
CONSULTA EM CIRURGIA PLASTICA - HEMANGIOMA INFANTIL	4
CONSULTA EM ALERGOLOGIA - GERAL	2.291
CONSULTA EM ALERGOLOGIA - IMUNODEFICIENCIA ADULTO	26
CONSULTA EM ALERGOLOGIA - ANGIOEDEMA HEREDITARIO	12

Tabela 2 – Consultas e procedimentos ambulatoriais especializados regulados pela Central de Regulação do Distrito Federal (conclusão).

Procedimento Solicitado	Quantidade de Solicitação
CONSULTA EM ATENCAO A SAUDE AUDITIVA - MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE	2.322
CONSULTA EM OFTALMOLOGIA - PTERIGIO/CALAZIO	1.507
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - CIRURGIA CARDIACA	569
CONSULTA EM CARDIOLOGIA - CIRURGIA CARDIACA - INTERNADOS	503
ADENOAMIGDALECTOMIA	743
CIRURGIA ENDOSCOPICA NASAL	191
ORL - ESTETICA	80
OTOLOGIA CIRURGICA	424
OTONEUROLOGIA	39
PARALISIA FACIAL/ SURDEZ SUBITA	14
RINOLOGIA CIRURGICA	325
SURDEZ	68

Fonte: BI/SISREG – ano 2016. Consulta em 17/03/2017

A partir da Tabela 2 foram selecionadas as especialidades cardiologia e oftalmologia, caracterizadas como consulta em cardiologia – adulto e consulta em oftalmologia - geral, ambas com alta quantidade de consultas, razão da escolha destas para desenvolver este estudo, que analisou as filas e tempos de espera para atendimento dos usuários do SUS no Distrito Federal.

Apesar de a referida tabela apresentar variações descritivas em consultas das especialidades escolhidas, optou-se por consultas de caráter geral, sem adentrar em nenhuma especificidade.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a regulação do acesso à atenção especializada no Distrito Federal, com análise das filas e dos tempos de espera para atendimento em consultas em 02 especialidades médicas reguladas, no período de 2015 a 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer os quantitativos de pacientes por fila e tempo de espera por especialidade;
- Identificar possíveis fatores que influenciem nas filas e tempos de espera; e
- Apontar itens a serem considerados para qualificação da gestão das filas e redução dos tempos de espera.

4 MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de base documental, com análise quantitativa. Para elaboração deste estudo elegeu-se como fontes primárias de pesquisa: legislações e atos normativos, artigos científicos, dissertações, publicações e documentos técnicos oficiais; e como fontes secundárias banco de dados oficiais e manuais técnicos. Como unidades de análise utilizou-se a Central de Regulação Ambulatorial do Distrito Federal e consultas especializadas em cardiologia e oftalmologia, com mensuração direta inicialmente num universo do quantitativo de solicitações no período 2007 a 2017, e adotado como critério de inclusão as especialidades com maior demanda, e por fim definido como amostragem o período de abril de 2015 a abril de 2017.

O estudo foi organizado com base em referencial teórico, que contemplou uma discussão geral sobre regulação em saúde, com foco na regulação do acesso a serviços de saúde ambulatoriais, destacando consultas médicas especializadas a partir de dados obtidos em sistema informatizado de regulação. Foram analisados dados inseridos no Sistema Nacional de Regulação - SISREG, módulo ambulatorial, relativos ao Distrito Federal. As informações obtidas subsidiaram o levantamento de questões acerca do quantitativo de pacientes e o tempo de espera para o atendimento em consulta de duas especialidades selecionadas previamente: cardiologia e oftalmologia. Os dados estão disponíveis no banco nacional do Ministério da Saúde e foram extraídos através da ferramenta BI (*business intelligence*) e organizados em planilhas e gráficos para facilitar a análise, e apresentados em forma de tabelas, figuras e gráficos.

Concomitante à revisão bibliográfica, foi realizado levantamento de dados no BI/SISREG. Inicialmente foram levantadas, em 17/03/17, de forma geral, as consultas em especialidades médicas que são reguladas por meio do SISREG com os respectivos quantitativos de pacientes, num segundo momento foram levantadas também as datas de solicitação das consultas. Após esse levantamento, foram destacadas as especialidades com maior demanda para escolha das duas que foram objeto de estudo deste trabalho. Após a definição das duas especialidades a serem estudadas: cardiologia e oftalmologia, se levantou o número de consultas

inseridas no sistema como solicitações, por especialidade, desde a data inicial de inserção no sistema SISREG. Essa pesquisa trouxe dados desde o ano de 2007 até 2017, ou seja, totalizou 10 anos de levantamento de dados.

Com o objetivo de analisar um período mais recente, optou-se por um corte temporal de abril de 2015 a abril de 2017 para o estudo aqui proposto, ou seja, foram selecionadas as solicitações inseridas no sistema, dentre um intervalo de tempo entre a data de solicitação e a data de atendimento. Importante destacar que, apesar de não considerar todo o intervalo de tempo de 10 anos, os dados obtidos relativos ao período anterior a abril de 2015 chamaram a atenção para o grande quantitativo de pacientes inscritos no sistema em busca de consulta pela especialidade.

Foi realizado um novo levantamento com o seguinte cruzamento de dados: data de solicitação da consulta x data de execução da consulta o que resultou no tempo de espera para o atendimento e baseou a análise quantitativa que teve como produto um dos artigos contidos nos resultados deste trabalho.

Alinhada com a análise dos tempos de espera, observou-se a necessidade de realizar um estudo sobre o Distrito Federal, contemplando suas características, dados gerais e organização da saúde, especialmente a regulação do acesso, bem como a sua capacidade assistencial nas especialidades escolhidas. Para atingimento deste objetivo, além de pesquisa documental técnica, utilizou-se normativas ministeriais que subsidiaram cálculos para obtenção destes dados. O levantamento originou um segundo artigo, também quantitativo e apresentado nos resultados deste estudo.

A análise do tempo de espera por consulta teve como base a literatura sobre o tema e os parâmetros clinicamente aceitáveis estabelecidos em portaria ministerial e, como informação complementar foi realizada uma análise de suficiência de profissionais médicos especialistas em oftalmologia e cardiologia existentes na rede de saúde do DF a partir de levantamento do número de profissionais cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), utilizando-se o respectivo Código Brasileiro de Ocupação (CBO). Para efeitos de comparação e análise da suficiência de profissionais, o cálculo foi definido de acordo com os parâmetros estabelecidos pela Portaria GM/MS n. 1.631/2015 que define critérios e parâmetros assistenciais (27).

Esta dissertação está organizada em formato consolidado de 02 artigos, ambos com análise quantitativa, tratando do tema aqui proposto, com abordagens diversas, porém complementares, contendo os resultados a partir do método descrito e com o propósito de investigar se no Distrito Federal há procura demasiada por consultas especializadas, quanto tempo há que se esperar para o atendimento e quais fatores podem influenciar nesta espera.

4.1 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo envolveu consulta a banco de dados e revisão bibliográfica, sem envolvimento de seres humanos e sem identificação de participantes, não necessitando, portanto, de aprovação por parte da Comissão Nacional de Ensino e Pesquisa (CONEP), em acordo com as Resoluções n. 466/12 e n. 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. A utilização do BI/SISREG foi autorizada pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, da Secretaria de Atenção, do Ministério da Saúde (vide Apêndice A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA A PARTIR DE ANÁLISE NO DISTRITO FEDERAL

Letícia de Oliveira Fraga de Aguiar

Maria Célia Delduque Nogueira Pires de Sá

RESUMO

Este artigo analisa o acesso à atenção especializada sob diferentes vertentes, e toma o Distrito Federal como modelo ilustrativo, a partir da regulação do acesso às consultas em oftalmologia e cardiologia, em especial a capacidade assistencial para atendimento à demanda. Foram realizados levantamentos em banco de dados secundário, complementados com referenciais teóricos e documentais. A suficiência ou não, de profissionais na rede assistencial do Distrito Federal para as especialidades selecionadas tem relação direta com as filas, tempos de espera e garantia de acesso. No entanto, há outros elementos igualmente relevantes que influenciam no acesso. São apontados processos de melhorias e aprimoramento da gestão das filas, redução do tempo de espera, e conseqüente garantia do acesso e continuidade do cuidado especializado.

ABSTRACT

This article analyzes the access to specialized care under different aspects, and takes the Federal District as an illustrative model, from the assistance regulation to the consultations in ophthalmology and cardiology, especially the capacity with health care on demand. Secondary database surveys were carried out, complemented with theoretical and documentary references. The sufficiency or not of professionals in the health care network of the Federal District for the selected specialties is not the only determinant factor for reducing queues, waiting times and guarantee of access. Several other elements are relevant for improving access. Improvement and improvement of queuing management, reduction of waiting time, and consequent guarantee of access and continuity of specialized care are pointed out.

DESCRITORES

Acesso aos serviços de saúde; Regulação e fiscalização em saúde; Equidade no acesso.

INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços públicos de saúde na atenção especializada é um grande desafio para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o Decreto n 7.508 de 28 de junho de 2011, arts. 8 e 9, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS, quais sejam os serviços: de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto. O referido Decreto ainda estabelece que o acesso deverá ser ordenado pela atenção primária e que ao usuário deverá ser assegurada a continuidade do cuidado, mediante, entre outros, a orientação, ordenação dos fluxos e monitoramento das ações e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Para Assis e Jesus (2012), a legalidade de uma proposta não assegura a sua implementação. Na prática ainda existe um acesso “seletivo, focalizado e excludente” (pág 2866). Na garantia do acesso universal, os autores apontam limites associados a fatores socioeconômicos e às barreiras geográficas, e como avanço a ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde.

O modelo assistencial previsto para o SUS, organizado em níveis de atenção, nem sempre funciona de maneira efetiva ou integrada, fazendo-se necessária a organização em redes de atenção à saúde. Como apoio para superar essa fragmentação recorrente, surgiu a regulação assistencial como estratégia que funciona como elo organizativo nessa rede e estabelecendo fluxos de referência aos serviços.

Em 2008, foi editada a Política Nacional de Regulação que estabeleceu diretrizes para implementação da regulação, com o intuito de aperfeiçoar e organizar a relação entre a oferta e a demanda por serviços, qualificando o acesso da população às ações e serviços de saúde no SUS. A política propõe a organização do processo regulatório em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2008).

Ainda de acordo com a referida Política é atribuição do gestor local a execução dos serviços de saúde, e na atenção especializada, também é sua atribuição gerenciar as filas de acesso e monitorar os tempos de espera. O contexto social e econômico do país aponta para a crescente demanda e pelo aumento quantitativo da oferta de serviços pelo SUS. Isto requer um planejamento cuidadoso, com conhecimento do perfil epidemiológico, capacidade instalada e oferta dos serviços, entre outros.

Ainda o largo arco normativo do SUS conta com a Portaria GM/MS n°. 1.631/2015 que estabelece critérios e parâmetros como referenciais quantitativos a serem utilizados pelos gestores do SUS, no planejamento, para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, podendo ser adequados de acordo com as realidades epidemiológicas e a disponibilidade de recursos orçamentários e financeiros. Estes referenciais são “indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando à equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2015a).

Considerando estes aspectos e com esta abordagem, é que este artigo apresenta os resultados da investigação sobre o acesso dos usuários do SUS a consultas especializadas em cardiologia e oftalmologia, partindo da verificação da capacidade operacional e dos tempos de espera no Distrito Federal, para identificar possíveis fatores que interferem na garantia do acesso à saúde, direito previsto na Constituição Federal (BRASIL, 1988).

METODOLOGIA

O estudo foi organizado a partir do levantamento de dados secundários no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e no Business Intelligence do Sistema Nacional de Regulação – BI/SISREG, complementados por pesquisa bibliográfica e documental, e contempla uma breve análise e discussão geral sobre a capacidade operacional, a suficiência de serviços e a regulação do acesso a serviços de saúde ambulatoriais, em especial, consultas médicas em duas especialidades selecionadas, cardiologia e oftalmologia.

O CNES, instituído pela Portaria GM/MS n. 1.646/2015, é um documento público e sistema de informação oficial de cadastramento de informações acerca de todos os estabelecimentos de saúde do país, públicos e privados, que permite ao gestor público o conhecimento da totalidade de sua rede assistencial inclusive quantitativo de profissionais especialistas e a capacidade instalada no território (BRASIL, 2015b). Em consulta ao referido cadastro para levantamento do quantitativo de profissionais nas especialidades de cardiologia e oftalmologia que prestam atendimento no SUS, na rede assistencial do Distrito Federal, própria e contratada, foi utilizado o Código Brasileiro de Ocupações – CBO.

O Distrito Federal utiliza na Central de Regulação

O Sistema Nacional de Regulação – SISREG, que é um sistema on-line, criado pelo Ministério da saúde com a finalidade de auxiliar o gerenciamento de todo complexo regulador indo da rede básica, como unidade de saúde solicitante de procedimentos de média e alta complexidade, à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos assistenciais (ARAÚJO *et al*, 2015, p.152).

Neste estudo foram considerados os quantitativos de pacientes por fila e tempo de espera para cada uma das especialidades escolhidas como objeto de análise.

Outro documento utilizado foi a Portaria Ministerial n°. 1.631, de 1º de outubro de 2015, que aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. O art. 3º define que esses parâmetros “são referenciais quantitativos utilizados para estimar as necessidades de ações e serviços de saúde, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação, monitoramento, avaliação, controle e regulação das ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2015b).

Para base do estudo e como forma de comparação foram utilizados os parâmetros estabelecidos, com base no quadro 1.

Quadro 1 – Parâmetros relativos ao quantitativo de médicos especialistas, consultas e exames especializados, para as duas especialidades selecionadas:

CARDIOLOGIA	
Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas por 100.000 habitantes
Quantidade de médicos 40 horas semanais - Cardiologista	6,5
Consulta Médica Cardiologia	6000
OFTALMOLOGIA	
Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas por 100.000 habitantes
Quantidade de médicos 40 horas semanais - Oftalmologista	4
Consulta Médica Oftalmologia	13800

Fonte: Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do sistema único de saúde parâmetros SUS, págs. 72 e 74, elaboração própria.

Quadro 2 – Referências para cálculo de parâmetros de necessidade de médicos especialistas

Especialidade	Razão médico/100 mil habitantes	Número de habitantes/especialista
Cardiologista	6,5	15.385
Oftalmologista	4	25.000

Fonte: Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do sistema único de saúde parâmetros SUS, pág. 76, elaboração própria.

Para fins de cálculo, foi utilizada a população do Distrito Federal, consultado no IBGE – estimativa 2016, 2.977.216 habitantes. E para identificação dos profissionais especialistas, foi utilizado o Código Brasileiro de Ocupações – CBO.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Distrito Federal tem uma rede de saúde predominantemente pública. O Código Brasileiro de Ocupações n. 225120 – informa que para o médico cardiologista, existiam 464 profissionais cadastrados no DF, em julho de 2017, sendo que 262 prestavam serviços ao SUS, na rede própria pública ou privada contratada (BRASIL, 2017b).

Em Cardiologia, estima-se a necessidade de 193,5 médicos cardiologistas com uma produção estimada de 178.633 consultas médicas, para a totalidade dos profissionais trabalhando 40 horas semanais numa razão de 6,5 profissionais por 100 mil habitantes.

Infere-se que a partir deste cálculo estimado, há suficiência no quantitativo de profissionais cardiologistas no Distrito Federal que prestam atendimento ao SUS, o que descartaria a existência de grandes filas e longos tempos de espera.

Na Oftalmologia, utilizando o Código Brasileiro de Ocupações n. 225265 - médico oftalmologista, existiam 315 profissionais, em julho/2017, cadastrados, entretanto deste total, 100 profissionais prestavam atendimentos ao SUS, na rede própria pública ou privada contratada (BRASIL, 2017b).

Para o Distrito Federal, de acordo com os parâmetros utilizados para a oftalmologia, estima-se a necessidade de 119 médicos oftalmologistas com uma produção estimada de 1.642.200 consultas médicas na especialidade, para a totalidade dos profissionais com contratos de 40 horas semanais, numa razão de 4 profissionais por 100 mil habitantes.

Infere-se que, a partir deste cálculo estimado, não há suficiência no quantitativo de profissionais oftalmologistas no Distrito Federal que prestam atendimento ao SUS, o que justificaria a existência de filas e longos tempos de espera.

Dos achados, deduz-se que relativo à cardiologia o quantitativo de profissionais especialistas é superior ao recomendado para atendimento à população do DF. Já na oftalmologia há um déficit no número de profissionais especialistas.

Este fator parametrizável da oferta é de grande importância para tomada de decisão na gestão e embasa o planejamento em saúde, seja para ampliar a oferta de serviços ou melhorar a regulação do acesso, ou ainda fazer melhor uso da força de trabalho disponível na rede pública de saúde do Distrito Federal.

Os cálculos apresentados anteriormente foram feitos para ilustrar a discussão do acesso e suficiência de serviços. Em ambos os casos há filas no Distrito Federal com tempo de espera elevados que variam de 0 a 843 dias para consultas em cardiologia e de 0 a 647 dias para consultas em oftalmologia (BRASIL, 2017c; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

De acordo com Santos e Merhy (2006) existem inúmeros desafios na implementação da regulação pública, entre eles a sua finalidade. A regulação, ao garantir o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função. Essa função quando cumprida deve promover a equidade do acesso, a disponibilização de recursos assistenciais necessários para atendimento às necessidades de saúde do cidadão.

Para Conill, Giovanella e Almeida (2011), a insuficiência de recursos financeiros ou de serviços seria o principal determinante para explicar a existência de listas, pois as comparações internacionais mostram que uma oferta mais ampla está associada com menores esperas. Porém, fatores organizacionais e gerenciais com uso ineficiente da rede são igualmente citados como fatores explicativos: baixa

resolubilidade da atenção primária em saúde (APS), referências inapropriadas e remarcações desnecessárias pelo especialista com baixa contrarreferência.

Os achados no DF confirmam que o quantitativo de profissionais é relevante porém não é determinante, há que se levar em consideração que diversos outros aspectos interferem na espera, e que para a busca de soluções da fila, apenas ampliar o número de profissionais não resolve o problema. Outro fator a ser considerado acerca do número de profissionais seria o efetivo exercício, pois o fato de constar no CNES suficiência no quantitativo não significa plena capacidade produtiva, pela existência de faltas, licenças e desvios de função.

Há sempre imprevisibilidade na mensuração da demanda, mas a observação do perfil epidemiológico da população e um bom planejamento em saúde podem aproximar a oferta dos serviços a serem disponibilizados à população usuária do SUS.

É consenso que a atenção básica seja mais resolutiva e ordenadora do sistema. Como ressalta Starfield (2004), a integralidade implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, incluindo encaminhamentos para serviços secundários e terciários. Entretanto a gestão das filas é processo fundamental na ordenação da demanda e estruturação da regulação.

Para Machado (2011) uma lista de espera não é, geralmente, uma lista simples regida por um comportamento de *first in – first out*¹. A condição clínica do paciente é relevante e determinante da necessidade e não apenas a data de solicitação da consulta ou procedimento. É importante que mecanismos como protocolos de regulação, classificação de risco, fluxos referenciais, sejam adotados no processo regulatório.

Na classificação de risco o profissional regulador deve dispor de informações completas e de qualidade, prestadas pelo profissional solicitante, para que possa realizar a avaliação das prioridades e classificar o risco de acordo com a real necessidade do usuário. No momento da classificação, a escolha para priorização deve ser orientada por protocolos e justificada pela descrição da condição clínica do paciente.

Iniciativas como classificação de risco e a adoção de protocolos de regulação nas centrais de regulação, e o uso de protocolos de encaminhamento pela atenção básica poderão ser adotadas pela gestão. “Outras iniciativas buscam tornar mais eficiente o uso da capacidade instalada, pois, às vezes, esperas e atrasos relacionam-se mais aos problemas organizacionais do que à falta de recursos” (CONILL, GIOVANELLA e ALMEIDA, 2011)

Como fatores determinantes para longas listas de pacientes e tempo de espera também se aponta a falha na comunicação, o horário de atendimento do serviço, a insuficiência na capacidade instalada e no quantitativo de profissionais especialistas, a alta demanda por consultas especializadas encaminhadas pela atenção básica e por diversas vezes demanda não qualificada, falhas de controle e regulação, etc. Tudo isso pode gerar consequências como alta procura pelo serviço especializado, ausência de equidade no acesso, elevação do custo do tratamento, subutilização da força de trabalho disponível.

¹ Tradução: o primeiro a entrar é o primeiro a sair.

As principais intervenções sobre a demanda incluem gerenciamento do acesso com diretrizes ou com uma classificação por níveis de prioridade. Em diversos países, ampliaram-se as possibilidades de escolha, e os tempos podem ser consultados pela Internet, pressupondo-se que a busca por agilidade levará à opção por serviços com menor fila. (CONILL, GIOVANELLA E ALMEIDA, 2011, p.2784)

Para Sanchez (2012), a maior parte das análises e pesquisas convergem para uma reflexão comum: o problema do acesso à saúde e, por consequência, da equidade em saúde, precisa ser confrontado através de ações intersetoriais e transversais.

CONCLUSÕES

Para falar sobre acesso aos serviços especializados, continuidade do cuidado, filas e tempo de espera em saúde é importante conhecer os fatores que contribuem ou que influenciam nos longos períodos em que pacientes ou usuários do SUS esperam por atendimento, seja para consultas, exames ou procedimentos.

No contexto geral do acesso e do processo regulatório, há que se considerar fatores que podem influenciar diretamente na dificuldade de acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde.

A continuidade do cuidado com a garantia do acesso aos serviços especializados, a regulação assistencial, a atenção básica ou primária estruturada e resolutive, a gestão da fila são alguns dos elementos estruturantes para a gestão em saúde, porém se apresentam como grandes problemas ou obstáculos para efetivação da equidade e integralidade no SUS. Longos tempos de espera também podem significar um grande entrave no acesso.

Este trabalho apontou caminhos para uma gestão eficiente da fila de pacientes e consequente redução dos tempos de espera que assegurem o acesso aos serviços do SUS. Estas iniciativas estão pautadas pela adoção de um processo dinâmico de trabalho e de ações proativas de intervenção da gestão como: utilizar o planejamento em saúde como direcionador das ações estratégicas para a gestão em saúde; elaborar a programação de ações e serviços de saúde de acordo com critérios e parâmetros estabelecidos em normativas do SUS; avaliar se os recursos humanos e insumos estão sendo suficientes para atendimento da demanda; analisar as filas existentes com especial atenção aos pacientes com longo tempo de espera; reavaliar as necessidades contidas na fila, por meio de contato com os pacientes; organizar as filas e monitorar continuamente a lista de pacientes e seu respectivo tempo de espera, o que torna possível a identificação e correção de forma preventiva das falhas na organização do processo regulatório; analisar as perdas primárias, ou seja, substituição a tempo para aproveitamento das consultas decorrentes das ausências de pacientes e levantar pontos que podem influenciar nessa perda, a exemplo, falha na comunicação com pacientes; aumentar a

capacidade produtiva e avaliar a necessidade de complementação de serviços no privado e, promover transparência, comunicação e informação aos pacientes.

Enfim, o importante é que o gestor do sistema tenha como objetivos precípuos a melhoria constante da qualidade dos serviços de saúde e o acesso como um direito assegurado. Tomar decisões tecnicamente embasadas com a finalidade de gerar equidade no acesso, reduzir a espera e melhorar o atendimento à população, é aumentar a eficiência no SUS e garantir satisfação ao usuário.

REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, R. S. *et al.* Sistema Nacional de Regulação – SISREG. In: BRASIL *et al.* Sistema Nacional de Regulação - SISREG. *Sistemas de Informação da Atenção à Saúde: contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS/Organização Pan-Americana da Saúde*. Brasília: Cidade Gráfica e Editora LTDA, 2015. p. 151-167. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistemas_informacao_atencao_saude_contextos_historicos.pdf> Acesso em: 07 nov. 2017.
2. ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n. 11, p. 2865-2875, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>> Acesso em: 07 nov. 2017.
3. BRASIL. Constituição Federal, 1988.
4. BRASIL. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso em: 07 nov. 2017.
5. _____. Portaria n.º1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 out. 2015a, Seção 1, p. 38. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html> Acesso em 07 nov. 2017.
6. _____. Portaria n. 1.646, de 2 de outubro de 2015. Institui o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 out. 2015b, Seção 1, p.669. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1646_02_10_2015.html> Acesso em 07 nov. 2017.
7. _____. Portaria n. 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 ago. 2008a. Seção 1, p. 48. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html> Acesso em: 07 nov. 2017.

8. _____, Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde*. 2017a. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 08 nov. 2017.
9. _____, _____. *Extração de dados de profissionais*. 2017b. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>> Acesso em: 26 jul. 2017.
10. _____, _____, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. *SISREG: Sistema Nacional de Regulação*. 2017c. Disponível em: <<http://sisregiii.saude.gov.br/>> Acesso em: 11 nov. 2017.
11. CONILL, E. M.; GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. *Ciência & saúde coletiva [online]*, v. 16, n. 6, p. 2783-2794, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/17.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2017.
12. MACHADO, C. R. R. B. *Permanência de utentes nas listas de espera nacionais para cirurgia: análise de duração como instrumento de apoio à gestão*. 90 f. Dissertação (Mestrado em Gestão das Organizações) – Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Instituto Politécnico de Bragança, Portugal. 2011. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/5159/3/Candida_Machado_MGO_2011_GUS.pdf> Acesso em: 08 nov. 2017.
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portal BI*. 2017. Disponível em: <<http://dw.saude.gov.br/>> Acesso em: 12 nov. 2017.
14. SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. *Rev. Panam Salud Publica*, v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/6063/1fa0400c5025c7188a29f0eb61b4b7d5f0d7.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2017.
15. SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado – uma revisão. *Interface Comunic., Saúde, Educ.*, São Paulo, v.10, n. 19, p. 25-41, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a03v1019.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2017.
16. SANTOS, C. F. dos. et al. CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Percurso histórico, Contextualização e Expectativas. In: BRASIL et al. *Sistema Nacional de Regulação – SISREG. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde – Contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS/Organização Pan-Americana da Saúde*. Brasília: Cidade Gráfica e Editora LTDA, 2015. p. 109-131. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistemas_informacao_atencao_saude_contextos_historicos.pdf> Acesso em: 07 nov. 2017. .
17. STARFIELD, B. *Atenção Primária-equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Edição brasileira, UNESCO/Ministério da Saúde, 2004.

5.2 ARTIGO 2

O ACESSO A CONSULTAS ESPECIALIZADAS NO DISTRITO FEDERAL: Uma análise dos tempos de espera

Letícia de Oliveira Fraga de Aguiar

RESUMO

Os elevados tempos de espera por consultas e procedimentos na rede pública de saúde brasileira é um fator de insatisfação aos usuários do Sistema Único de Saúde, mas também é um grande desafio aos gestores administrar a redução destes tempos. Este trabalho objetivou conhecer e analisar os tempos de espera para consultas em duas especialidades: cardiologia e oftalmologia, no Distrito Federal. O período de tempo estudado foi de abril de 2015 a abril de 2017, desde a solicitação de consulta até a data do atendimento ou finalização. Os achados demonstraram tempos de espera aceitáveis para ambas as especialidades, sendo que em uma delas o tempo médio é pouco mais que o dobro da outra. Apesar das especialidades escolhidas serem as que apresentam maior demanda por consultas na totalidade da oferta regulada no Distrito Federal, o tempo de espera calculado desde a solicitação até o atendimento aponta uma capacidade assistencial e produtiva satisfatória para atenção à saúde da sua população própria e referenciada.

DESCRITORES

Acesso aos serviços de saúde, equidade no acesso, listas de espera.

ABSTRACT

The long waiting time for consultations and procedures in the Brazilian health system is a factor of dissatisfaction among users, but it's also a great challenge for managers to reduce it. This study has the objective to know and analyze the waiting time for consultations in cardiology and ophthalmology in the Federal District. The time period studied was from April 2015 to April 2017, since the request for consultation to the date of attendiment. The results showed acceptable waiting time for both specialties, with one of them averaging twice as long as the other. Although the specialties chosen are the ones that present the greatest demand for consultations, there is no long waiting for this attendiment, which indicates a satisfactory capacity for health care of the population.

INTRODUÇÃO

A organização da atenção e da assistência à saúde e a ampliação do acesso dos cidadãos aos serviços constituem os principais desafios para os gestores nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal (1).

No Brasil, os elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados e cirurgias constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS (2).

Ambos os temas, acesso e tempo de espera na saúde, são problemas recorrentes e enfrentamentos diários pelos gestores públicos de saúde brasileiros, que requerem respostas sejam organizacionais, estruturais ou de capacidade assistencial.

Assis e Jesus (3) afirmam que o acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura internacional, especialmente pelo contexto econômico e destacam barreiras no acesso dos usuários como filas para marcação de consultas e atendimento.

As diversas abordagens para o acesso aos serviços de saúde demonstram que o tema é complexo e plural. A abordagem econômica refere-se à relação oferta e demanda, a técnica refere-se ao planejamento e organização da rede de serviços, e ainda as específicas, tais como: disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade, capacidade financeira, localização e distância entre a oferta e os usuários (3).

Neste contexto, surge a regulação em saúde como uma função de gestão, que atua sobre os sistemas de saúde, sobre a produção direta de ações de saúde nos diversos níveis de complexidade e sobre o acesso dos usuários à assistência nesses níveis (4).

Dentre as funções citadas, a regulação assistencial é definida como a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada (4).

Para Rocha (5), a regulação assistencial adequada melhora a equidade no acesso à atenção especializada conforme a necessidade das pessoas, tornando-se um instrumento para a garantia da atenção integral.

A Política Nacional de Regulação (6) estabelece que cabe aos entes federados viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização, como atendimento à atribuição de garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada.

O Distrito Federal, atendendo ao disposto na referida política e como forma de organizar o acesso dos usuários e atender ao fluxo assistencial estabelecido, utiliza na central de regulação ambulatorial como ferramenta informatizada auxiliar, o Sistema Nacional de Regulação – SISREG, que

[...] é um sistema on-line, criado pelo Ministério da Saúde com a finalidade de auxiliar o gerenciamento de todo complexo regulador indo da rede básica, como unidade de saúde solicitante de procedimentos de média e alta complexidade, à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos assistenciais. O SISREG é composto por 02 módulos: 01 ambulatorial e 01 hospitalar (7).

O DF utiliza apenas o módulo ambulatorial. Sua configuração é realizada pela central de regulação, que insere no sistema a totalidade da oferta de serviços de saúde como consultas, procedimentos e exames a serem regulados, disponíveis na rede própria e na rede contratada. Ainda como parte integrante da organização do processo regulatório local, o sistema permite o monitoramento da fila de espera e a definição das atribuições do profissional regulador.

O SISREG oferece três fluxos possíveis de marcação/agendamento de procedimentos, consultas e exames: agendamento direto pelas unidades de saúde, agendamento realizado pelo profissional regulador e o agendamento por meio da fila de espera.

Neste estudo foram consideradas apenas as características do último fluxo citado e identificados os quantitativos de pacientes por fila e tempo de espera para cada uma das especialidades escolhidas para objeto deste estudo. Importante salientar que

[...] existem duas maneiras de se trabalhar com a fila: manual ou automática. Na fila manual, o perfil regulador tem o papel principal de

retirar o paciente da fila para realizar sua marcação. Na automática, o próprio sistema realiza a marcação de acordo com alguns critérios: a abertura da agenda, cotas configuradas, ordenamento dos pacientes e porcentagem das vagas utilizadas pela fila de espera. Esse ordenamento segue primeiramente a classificação de risco inserida pelo solicitante (vermelho-amarelo-verde-azul) e posteriormente a data de inserção da solicitação (do mais antigo para o mais recente) (7).

Neste trabalho foi abordado o tempo de espera para consultas especializadas em cardiologia e oftalmologia no Distrito Federal, independente da modalidade de utilização da fila, pois se verificou o período entre a solicitação e o atendimento.

METODOLOGIA

O estudo foi organizado a partir do levantamento de dados secundários no Business Intelligence do Sistema Nacional de Regulação (BI/SISREG), complementado por pesquisa bibliográfica, e trouxe achados sobre o tempo de espera para atendimento em consultas especializadas no Distrito Federal.

Na análise do tempo de espera para atendimento foram consideradas todas as solicitações de consultas em cardiologia e oftalmologia, inseridas no Sistema Nacional de Regulação (SISREG) no período de 01/04/2015 a 31/04/2017, e que já tiveram o atendimento realizado ou o tempo de espera finalizado por algum outro motivo, considerando apenas um agendamento por paciente.

Na especialidade cardiologia para o período eleito foi considerado o universo de 37.298 pacientes que tiveram suas consultas solicitadas e atendidas ou finalizadas, e para a oftalmologia, seguindo os mesmos critérios, um total de 40.963 pacientes. Para a análise descritiva foram escolhidas 02 variáveis quantitativas: número de pacientes em fila e tempo de espera e, 02 variáveis qualitativas: sexo e ano de solicitação.

Segundo Bussab (8), as variáveis qualitativas apresentam resultados relativos à qualidade (ou atributo) de um indivíduo pesquisado, enquanto que os resultados de variáveis quantitativas são provenientes de contagem ou mensuração.

Para análise estatística dos dados foram utilizadas medidas de posição, variabilidade e métodos gráficos. As medidas escolhidas foram: média, mediana,

quartis, desvio padrão, coeficiente de variação e assimetria, e índice momento de curtose. As representações gráficas foram histograma por valores absolutos e boxplot. Inicialmente foi realizada uma análise univariada dos dados, ou seja, cada variável é estudada de forma isolada e descritiva. Posteriormente, com os dados organizados em tabelas e gráficos, procedeu-se uma segunda análise para inferências e conclusões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos a partir dos dados levantados, estão organizados por especialidade e permitem além da apresentação numérica e gráfica, uma análise dos tempos de atendimento por cada uma das variáveis apresentadas anteriormente.

1. Consultas em Cardiologia

Dos dados levantados no BI/SISREG, consta que foram solicitadas 37.298 consultas na especialidade cardiologia, por meio do sistema de agendamento de consultas, SISREG, utilizado pela Central de Regulação do Distrito Federal, no período de 01/04/2015 a 31/04/2017. O total de solicitações atendidas consideradas neste estudo estão assim distribuídas: 14.271 consultas a partir do mês de abril do ano de 2015, 17.024 durante todo o ano de 2016 e 6.003 consultas até o final do mês de abril de 2017.

Dos 37.298 pacientes insertos no sistema SISREG que solicitaram atendimento de consulta com médico cardiologista, no período de 01/04/2015 a 31/04/2017, 58,67% eram do sexo feminino e 41,33% do sexo masculino.

1.1 Análise univariada do tempo de espera

Quando analisado apenas o tempo de espera dos pacientes por uma consulta com cardiologista, obteve-se o tempo médio para atendimento de 33 dias. O desvio

padrão bem distante de zero e igual a 60,38 dias, juntamente com o coeficiente de variação e o coeficiente de curtose encontrado de 39,69 contribuíram para a conclusão de que os tempos de espera por consulta são bastante heterogêneos e não é raro encontrar pacientes que esperaram por um período muito maior ou muito menor do que 33 dias (tempo médio de espera) (vide Tabela 1).

Tabela 1: Medidas descritivas de tempo de espera para atendimento.

Medida	Valor
Mínimo	0 dias
1º quartil	6 dias
Mediana	18 dias
3º quartil	33 dias
Máximo	817 dias
Média	33 dias
Desvio padrão	60,38 dias
Coeficiente de variação	1,82
Curtose	39,69
Assimetria	5,20

Fonte: Dados da pesquisa

Ao verificar o coeficiente de assimetria de 5,20 e o histograma do tempo de espera (vide Figura 1) percebe-se que a distribuição do tempo de espera por consulta é assimétrica à direita, ou seja, existe maior concentração de pacientes sendo atendidos em períodos mais curtos e apenas uma pequena parcela de pacientes aguardando longos períodos para serem atendidos.

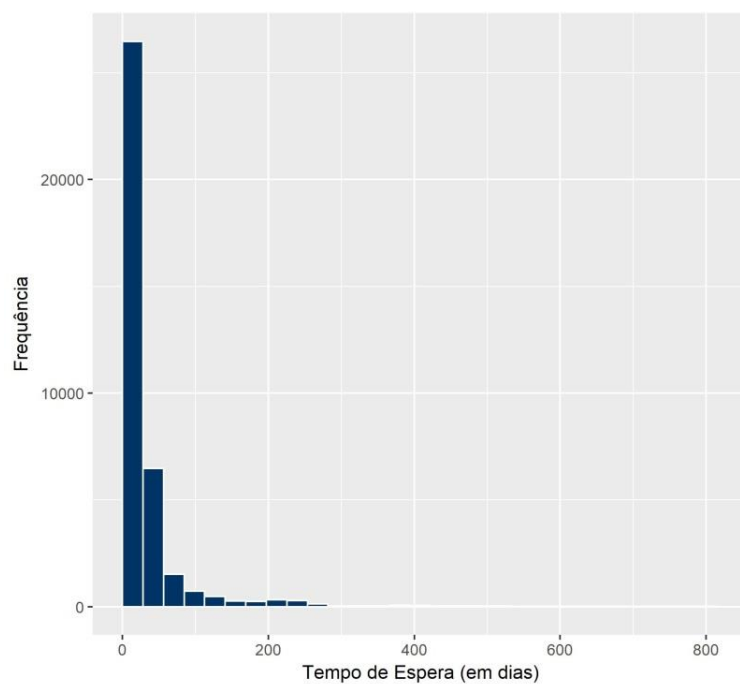


Figura 1: Histograma do tempo de espera por consulta com cardiologista

Fonte: Dados da pesquisa

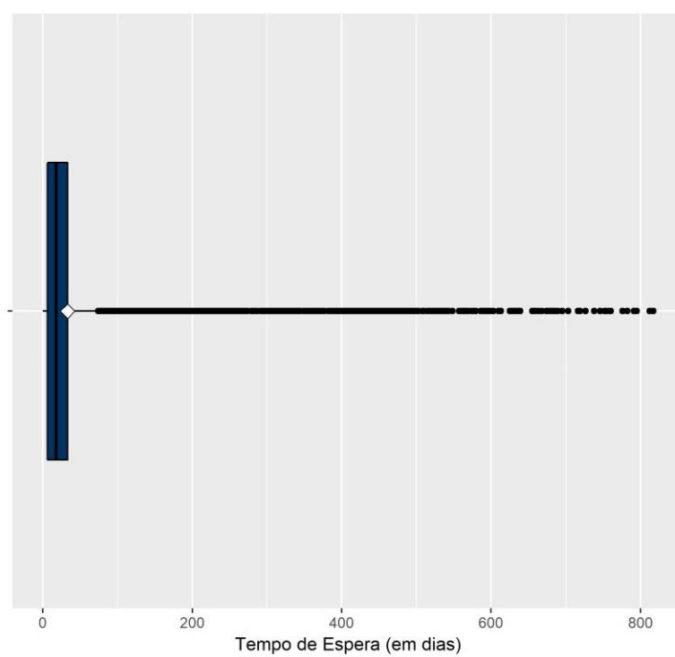


Figura 2: Boxplot do tempo de espera por consulta com cardiologista

Fonte: Dados da pesquisa

Além disso, por meio do cálculo dos quartis (vide Tabela 1) e da construção do boxplot (vide Figura 2) foi possível perceber que 25% dos pacientes foram atendidos em 6 dias ou em menor tempo, a metade deles foi atendida em até 18 dias e 75% deles foram atendidos em no máximo 33 dias. Junto a isso, foi possível estabelecer que para pacientes que aguardavam por uma consulta com o cardiologista foi considerado atípico (outlier), dentre os valores observados, tempos de espera superiores a 73,5 dias.

Sendo assim, foram observados 3.160 pacientes com espera discrepante em relação aos demais, sendo que 1.905 são pacientes do sexo feminino e 1.255 do sexo masculino.

1.2 Análise do tempo de espera em relação ao sexo

Para verificar possível relação do tempo de espera por consulta com o sexo do paciente foi realizada análise semelhante a anterior com separação dos pacientes por sexo.

Tabela 2 - Valores das medidas descritivas do tempo de espera por sexo.

Medidas	Sexo	
	Feminino	Masculino
Mínimo	0 dias	0 dias
1º quartil	7 dias	6 dias
Mediana	18 dias	17 dias
3º quartil	33 dias	32 dias
Máximo	812 dias	817 dias
Média	33,88 dias	31,76 dias
Desvio padrão	62,12 dias	57,80 dias
Coefficiente de variação	1,83 dias	1,81

Fonte: Dados da pesquisa

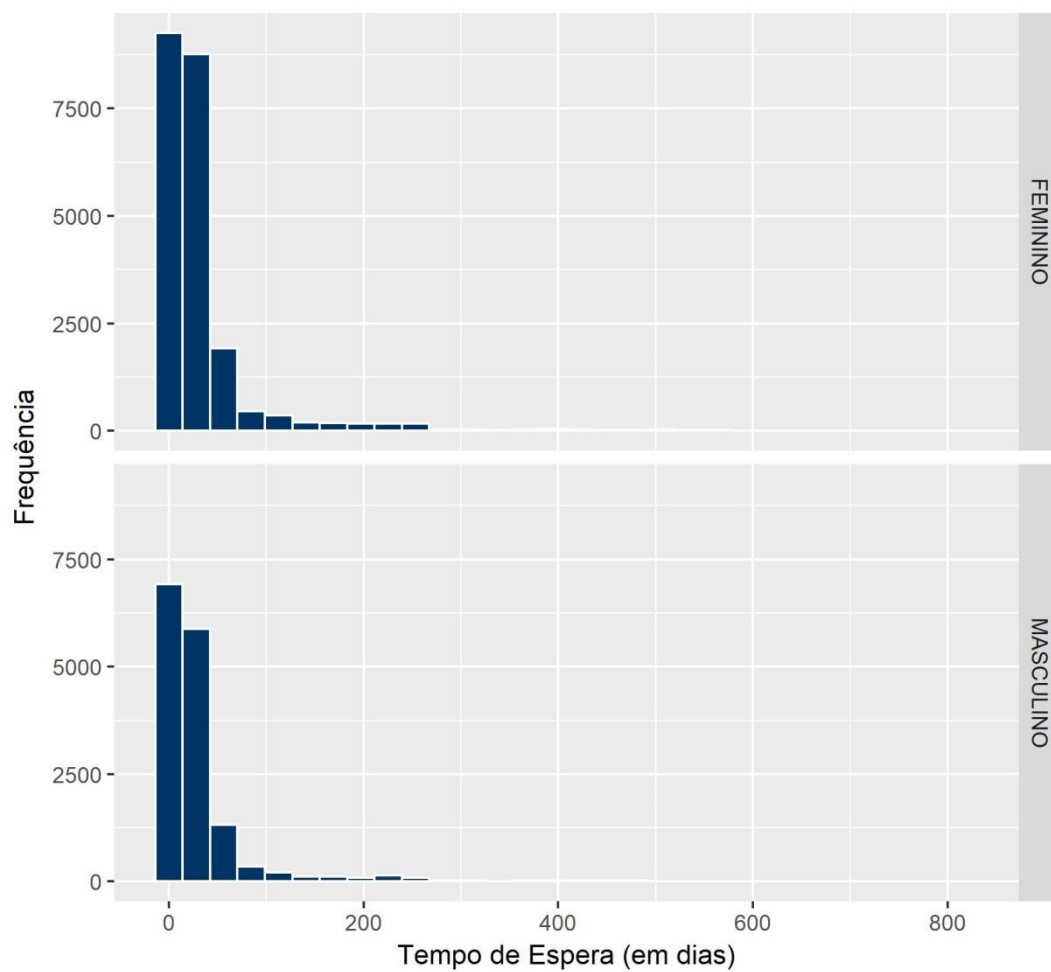


Figura 3: Histograma do tempo de espera por consulta em cardiologia por sexo

Fonte: Dados da pesquisa

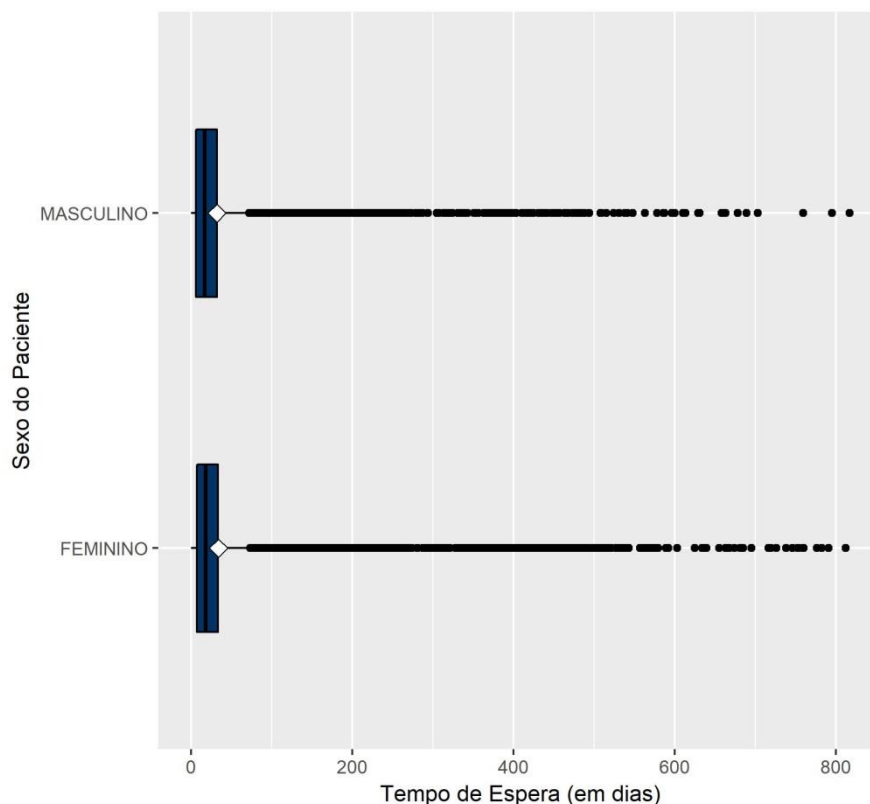


Figura 4: Boxplot do tempo de espera por consulta com cardiologista por sexo.

Fonte: Dados da pesquisa

Com base nos resultados obtidos (vide Tabela 2) foi possível perceber que os valores das medidas calculadas para pacientes do sexo feminino parecem não divergir tanto das medidas calculadas para pacientes do sexo masculino. Esse argumento é reforçado ao verificar o comportamento semelhante entre categorias dos boxplots (vide Figura 3) e histogramas (vide Figura 4) do tempo de espera construídos por sexo do paciente.

1.3 Análise do tempo de espera em relação ao ano de solicitação

Foi possível perceber que, para cada ano individualmente, o comportamento mais geral do tempo de espera foi mantido no decorrer dos anos, ou seja, continua existindo maior concentração de pacientes esperando pouco tempo por atendimento e uma minoria submetida a esperas mais longas (vide Figuras 5-7).

Tabela 3 - Valores das medidas descritivas por ano de solicitação

Medidas	Ano de solicitação		
	2015	2016	2017
Mínimo	0 dias	0 dias	0 dias
1º quartil	8 dias	6 dias	4 dias
Mediana	20 dias	16 dias	15 dias
3º quartil	37 dias	34 dias	25 dias
Máximo	817 dias	501 dias	179 dias
Média	46,51 dias	26,89 dias	18,25 dias
Desvio padrão	84,69 dias	39,90 dias	18,16 dias
Coefficiente de variação	1,82	1,48	0,99

Fonte: Dados da pesquisa

É importante ressaltar que não foi possível fazer uma comparação do tempo de espera por consulta entre os anos de solicitação devido à delimitação do período de estudo. Outro fator importante a considerar é que as solicitações de anos mais recentes e que ainda não foram atendidos até o período delimitado, foram desconsiderados no estudo. Esses pacientes ainda tem a possibilidade de experimentar tempos de espera tão longos quanto o tempo de pacientes que realizaram a solicitação em 2015, o que ocorre é que ainda não transcorreu tempo suficiente desde que foi solicitada a consulta até o corte temporal que foi realizado.

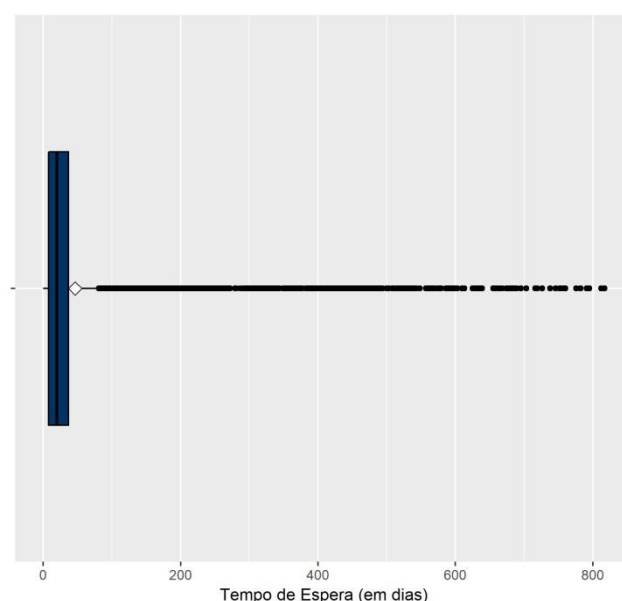


Figura 5: Boxplot do tempo de espera por consultas com cardiologista para solicitações feitas no ano de 2015

Fonte: Dados da pesquisa

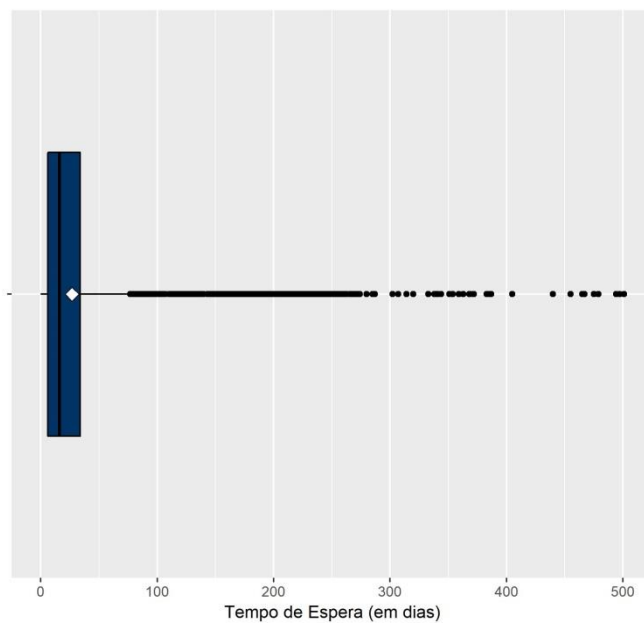


Figura 6: Boxplot do tempo de espera por consultas com cardiologista para solicitações feitas no ano de 2016

Fonte: Dados da pesquisa

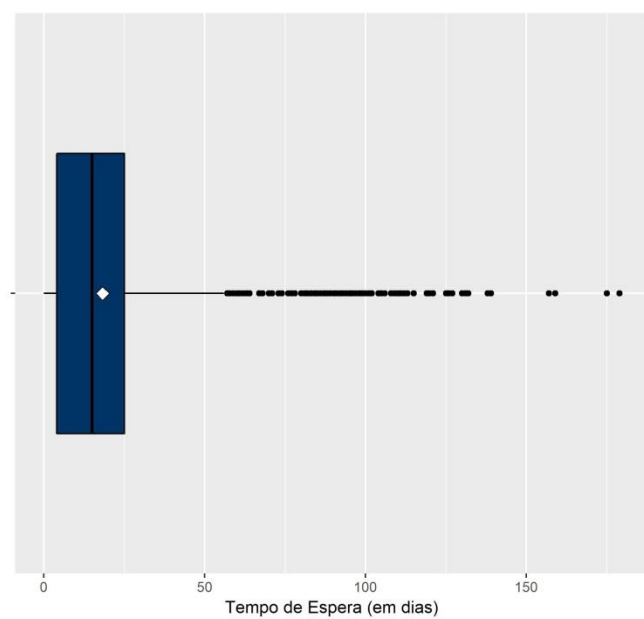


Figura 7: Boxplot do tempo de espera por consultas com cardiologista para solicitações feitas no ano de 2017

Fonte: Dados da pesquisa

2. Consultas em Oftalmologia

Dos dados levantados no BI/SISREG, consta que foram solicitadas 40.963 consultas na especialidade oftalmologia, por meio do sistema de agendamento de consultas, SISREG, utilizado pela Central de Regulação do Distrito Federal, no período de 01/04/2015 a 31/04/2017. Do total de solicitações apontado, 17.363 consultas a partir do mês de abril do ano de 2015, 18.441 durante todo o ano de 2016 e 5.159 consultas até o final do mês de abril de 2017.

Dos 40.963 pacientes inseridos no sistema SISREG que solicitaram atendimento de consulta com médico oftalmologista, no período de 01/04/2015 a 31/04/2017, 65,45% eram do sexo feminino e 34,55% do sexo masculino.

2.1 Análise univariada do tempo de espera

Quando analisado o tempo de espera dos pacientes por uma consulta com oftalmologista de maneira individual, obteve-se que o tempo médio aguardando atendimento foi de 87,35 dias. O desvio padrão bem distante de zero e igual a 118,08 dias, juntamente com o coeficiente de variação de 1,35 e coeficiente de curtose de 8,48 contribuíram para a conclusão de que os tempos de espera por consulta são bastante heterogêneos e não é raro encontrar pacientes que esperaram por um período muito maior ou muito menor do que 87,35 dias (tempo médio de espera) (vide Tabela 4)

Ao verificar o coeficiente de assimetria de 2,18 e o histograma do tempo de espera (vide Figura 9) percebe-se que a distribuição do tempo de espera por consulta é assimétrico a direita, ou seja, existe maior concentração de pessoas sendo atendidas em períodos mais curtos e apenas uma pequena parcela de pessoas aguardando longos períodos para serem atendidas. Além disso, por meio do cálculo dos quartis (Tabela 4) e da construção do boxplot (vide Figura 10) tornou-se possível perceber que 25% dos pacientes foram atendidos em 18 dias ou em menor tempo, a metade deles foi atendida em até 28 dias e 75% deles foram atendidos em no máximo 141 dias. Junto a isso, foi possível estabelecer que para

pacientes que aguardavam por um oftalmologista foi considerado atípico (outlier) tempos de espera superiores a 325,5 dias. Foram observados 2.068 pacientes com espera discrepante em relação aos demais, sendo que 1.389 são pacientes do sexo feminino e 679 do sexo masculino.

Tabela 4 - Medidas descritivas de tempo de espera para atendimento.

Medida	Valor
Mínimo	0 dias
1º quartil	18 dias
Mediana	28 dias
3º quartil	141 dias
Máximo	826 dias
Média	87,35 dias
Desvio padrão	118,08 dias
Coefficiente de variação	1,35
Curtose	8,48
Assimetria	2,18

Fonte: Dados da pesquisa

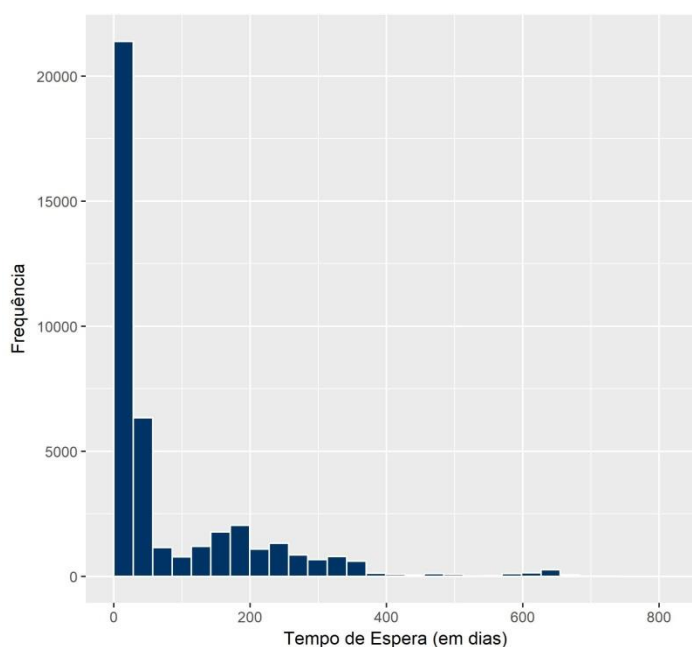


Figura 8: Histograma do tempo de espera por consulta com oftalmologista

Fonte: Dados da pesquisa

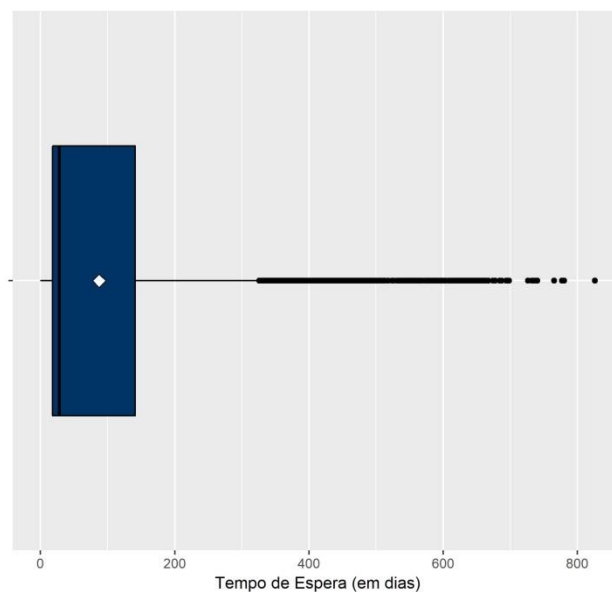


Figura 9: Bloxpot do tempo de espera por consulta com oftalmologista

Fonte: Dados da pesquisa

2.2 Análise do tempo de espera em relação ao sexo

Com base nos resultados obtidos (vide Tabela 5) foi possível perceber que os valores das medidas calculadas para pacientes do sexo feminino parecem não divergir tanto das medidas calculadas para pacientes do sexo masculino. Esse argumento é reforçado ao verificar o comportamento semelhante entre categorias dos boxplots (vide Figura 11) e histogramas (vide Figura 12) do tempo de espera construídos por sexo do paciente.

Tabela 5 - Medidas descritivas do tempo de espera por sexo.

Medidas	Sexo	
	Feminino	Masculino
Mínimo	0 dias	0 dias
1º quartil	18 dias	18 dias
Mediana	28 dias	27 dias
3º quartil	143 dias	135 dias
Máximo	826 dias	777 dias
Média	88,52 dias	85,13 dias
Desvio padrão	119,31 dias	115,69 dias
Coeficiente de variação	1,34	1,35

Fonte: Dados da pesquisa

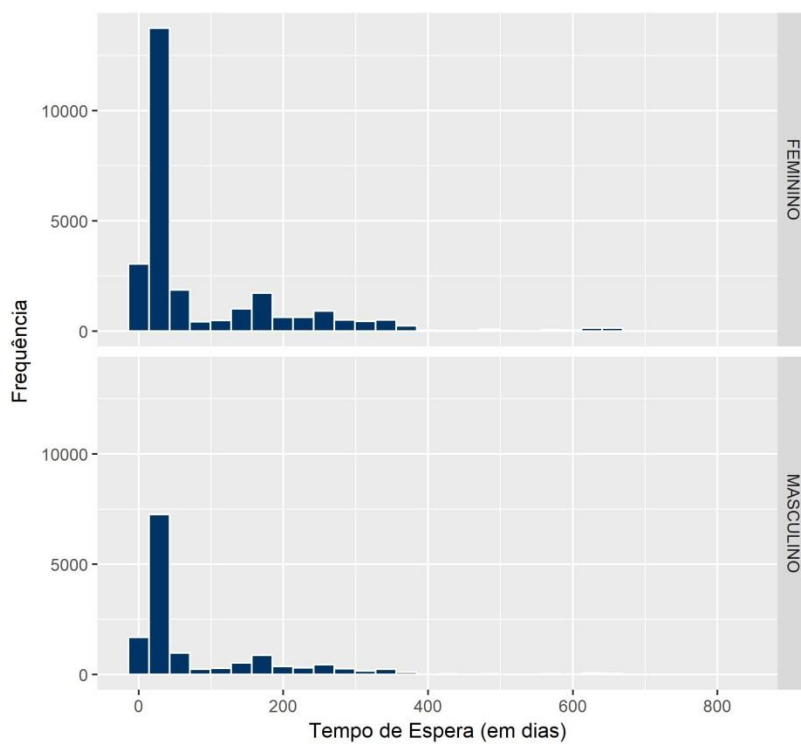


Figura 10: Histograma do tempo de espera por consulta com oftalmologista por sexo
 Fonte: Dados da pesquisa

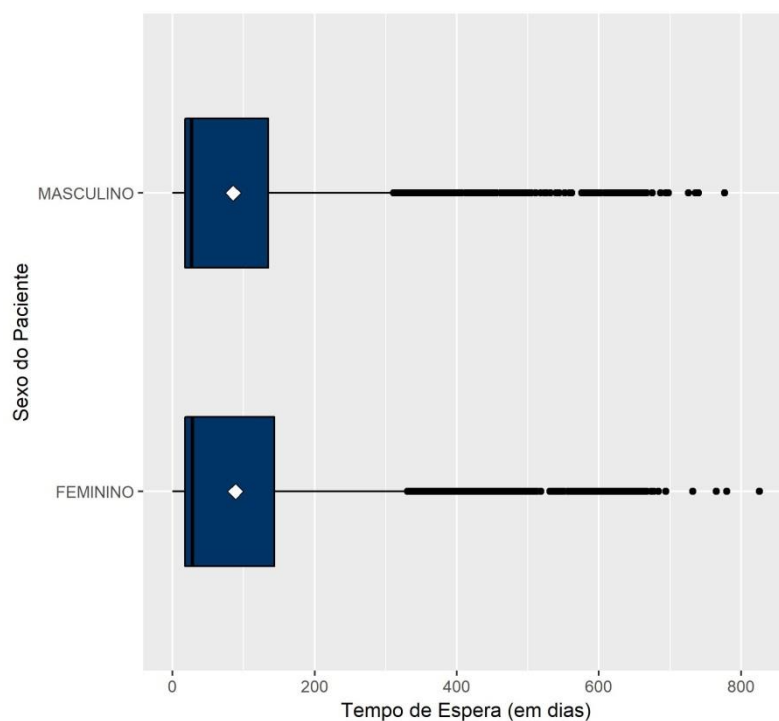


Figura 11: Boxplot do tempo de espera por consulta com oftalmologista por sexo
 Fonte: Dados da pesquisa

2.3 Análise do tempo de espera em relação ao ano de solicitação

Da mesma maneira que ocorreu na análise da relação entre tempo de espera por cardiologista e ano de solicitação, não podem ser comparados os tempos de espera por oftalmologista com o ano em que ocorreu a solicitação.

Tabela 6 - Valores das medidas descritivas por ano de solicitação:

Medidas	Ano de solicitação		
	2015	2016	2017
Mínimo	0 dias	0 dias	0 dias
1º quartil	8 dias	6 dias	4 dias
Mediana	20 dias	17 dias	15 dias
3º quartil	175 dias	141 dias	36 dias
Máximo	826 dias	552 dias	170 dias
Média	112,78 dias	78,19 dias	34,51 dias
Desvio padrão	147,60 dias	92,83 dias	36,30 dias
Coeficiente de variação	1,30	1,18	1,05

Fonte: Dados da pesquisa

Ao verificar, de maneira individual, cada um dos anos de solicitação é possível perceber que o padrão de comportamento geral do tempo de espera é mantido em todos eles. Esse comportamento é marcado por assimetria a direita com maior concentração de pacientes com tempo de espera pequeno (vide Figuras 13-15).

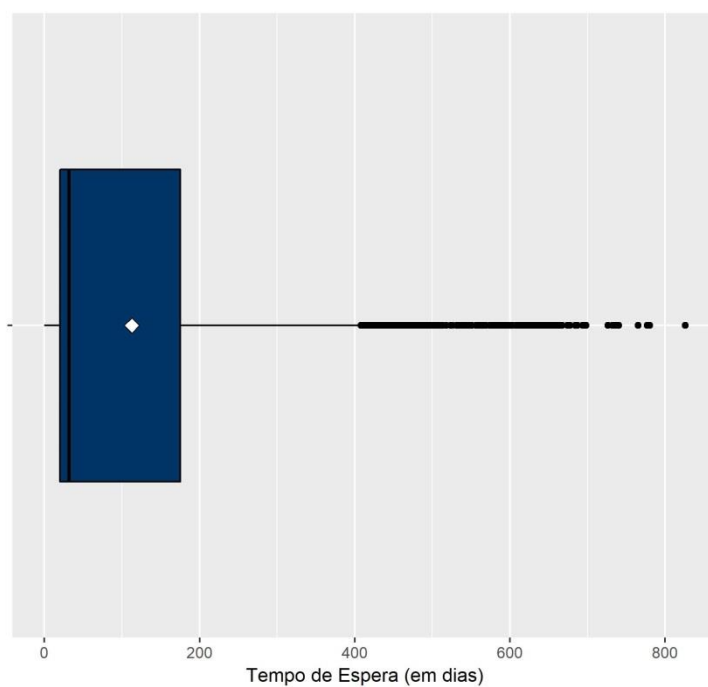


Figura 12: Boxplot do tempo de espera por consulta com oftalmologista para solicitações feitas no ano de 2015

Fonte: Dados da pesquisa

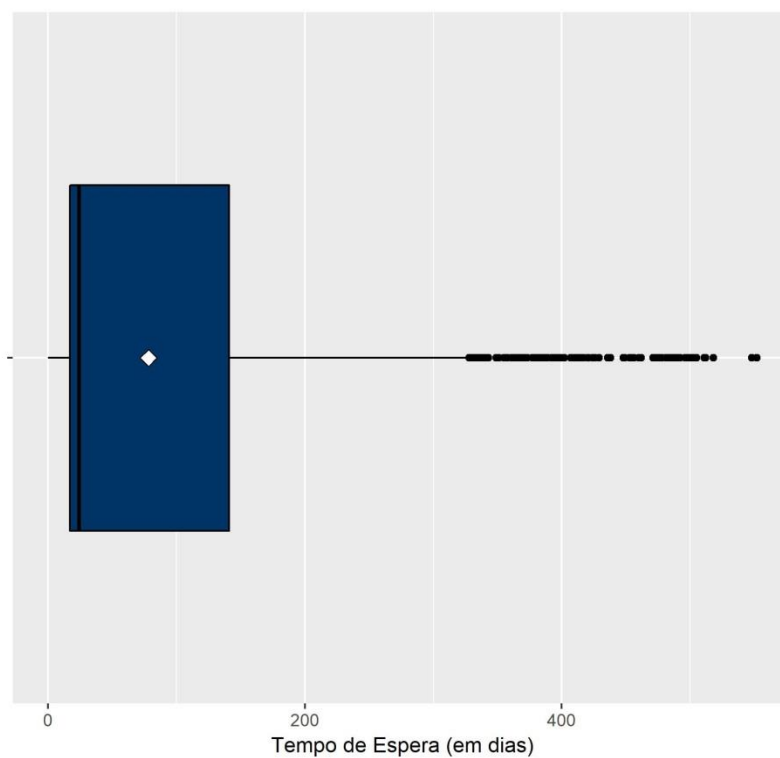


Figura 13: Boxplot do tempo de espera por consulta com oftalmologista para solicitações feitas no ano de 2016

Fonte: Dados da pesquisa

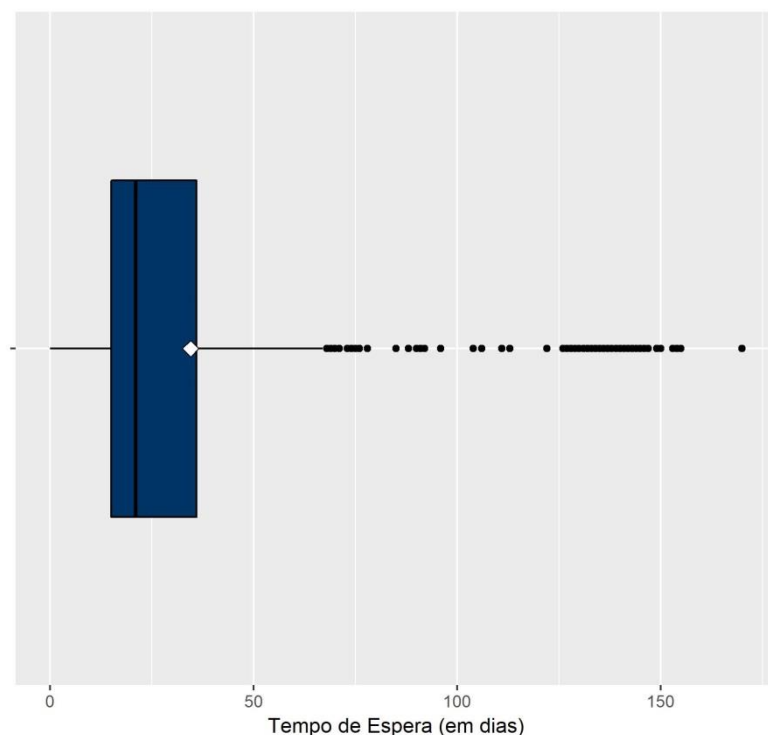


Figura 14: Boxplot do tempo de espera por consulta com oftalmologista para solicitações feitas no ano de 2017

Fonte: Dados da pesquisa

Numa abordagem analítica generalizada e objetiva, foi possível perceber que para ambas as especialidades não existe associação, de forma considerável, do tempo de espera com a idade ou o sexo do paciente, no entanto é importante destacar que existe uma maior concentração de pacientes aguardando tempos menores. Outro achado relevante é que as especialidades se diferem no que tange ao nível do tempo de espera e é perceptível que, de maneira geral, no Distrito Federal, se espera muito mais por uma consulta em oftalmologia do que por uma consulta em cardiologia (vide Figuras 15-16).

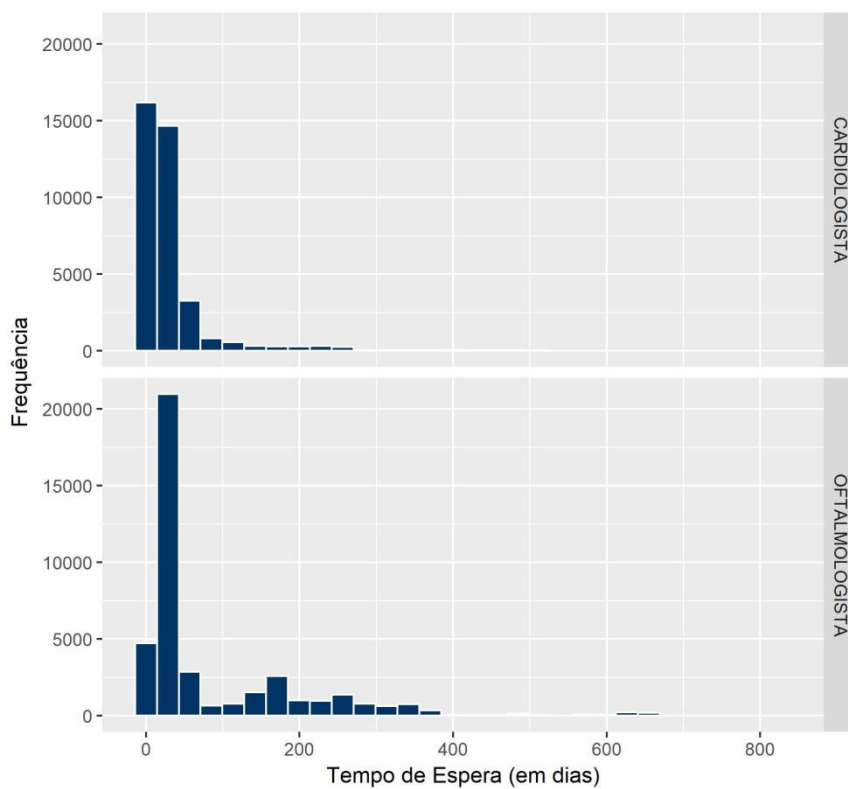


Figura 15: Histograma do tempo de espera por especialidade

Fonte: Dados da pesquisa

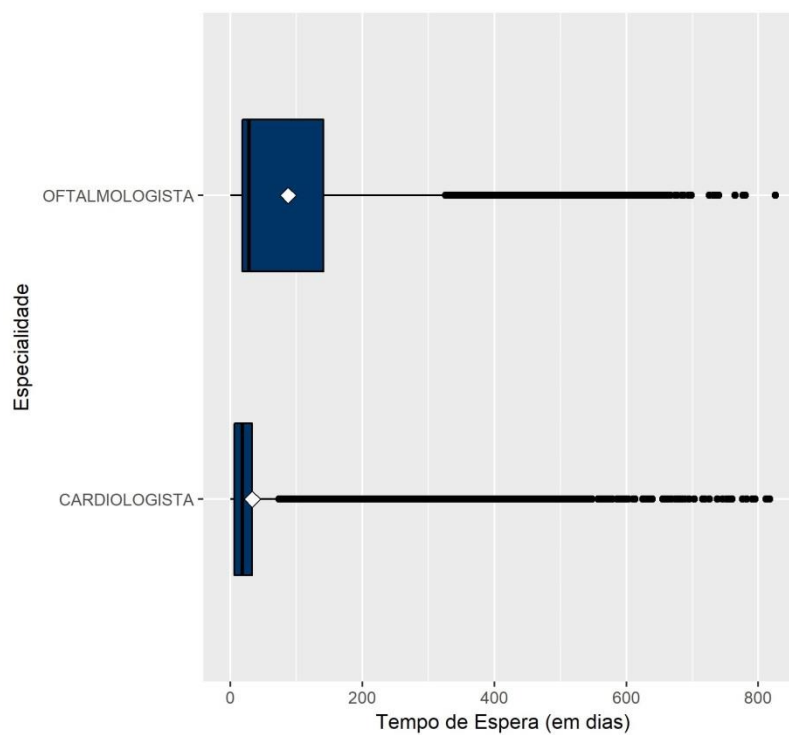


Figura 16: Boxplot do tempo de espera por especialidade

Fonte: Resultados da pesquisa

Conclusões

Diante de alguns desafios na gestão da saúde, a regulação surge como alternativa à organização assistencial e como forma de minimizar as dificuldades no acesso a serviços de saúde e na redução dos tempos de espera por atendimento nestes serviços. Neste trabalho pode-se verificar a importância da utilização de um sistema informatizado como auxiliar no gerenciamento das filas de espera, dentro dos critérios estabelecidos, e na identificação da desproporção entre oferta e demanda. No caso específico do Distrito Federal, território do estudo, a partir dos dados coletados e as respectivas análises, é percebido que não existe uma demora contundente e que os tempos de espera aferidos estão razoavelmente equilibrados. Há uma diferença de tempos entre as especialidades estudadas, e um dos fatores que pode estar relacionado é o quantitativo de profissionais especialistas no DF, ou seja, na cardiologia há suficiência de profissionais e menor tempo de espera, já na oftalmologia há déficit no número de especialistas e um tempo de espera maior.

Finalmente, e dada à diversa realidade brasileira, pode-se concluir que o Distrito Federal vem buscando monitorar e gerenciar a sua fila de espera para especialidades com maior demanda, no caso oftalmologia e cardiologia, quando os achados demonstram uma média de 87 e 30 dias em espera para consultas, respectivamente, e ainda demonstra que ao longo dos 03 anos estudados não há discrepâncias relevantes entre os tempos, ou seja, há equilíbrio ao longo do período. É importante ressaltar que apesar dos tempos médios encontrados, a grande maioria dos pacientes foram atendidos num tempo menor que o tempo médio calculado.

Esta forma de gerenciamento possibilita a avaliação do modelo adotado e da capacidade assistencial, norteia a tomada de decisão, permite ajustes nas ações de planejamento e qualifica o acesso aos serviços ofertados à população.

Referências

1. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis* [Internet]. 2012 [cited 2017 July 09]; 22(1): 119-140.

2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília: Conass; 2003.
3. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 Nov [cited 2017 July 09]; 17(11): 2865-2875.
4. Organização Panamericana da Saúde (OPAS/OMS). Ministério da Saúde. Brasil. *A Política de Regulação do Brasil. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Vol 12. Brasília/DF. 2006. (Pág.23-41)*
5. Rocha, AP. *Regulação assistencial ambulatorial no Município do Rio de Janeiro, RJ: efeitos da inserção da APS na regulação*. 2015. ix,87 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.
6. Ministério da Saúde. Brasil. Portaria n. 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS. *Diário Oficial da União* de 04/08/2008 (n. 148, Seção 1, pág. 48).
7. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. *SISTEMA NACIONAL DE REGULAÇÃO-SISREG. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde – Contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS/Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília, 2015. P. 151-167.*
8. Bussab WO, Morettin PA, *Estatística Básica*. 6a Edição. 1987, pág. 9 - 10.

6 CONCLUSÃO

A regulação é uma função de gestão que tem sido discutida como um dos principais desafios no sistema de saúde brasileiro, em especial a regulação do acesso aos serviços de saúde. Apesar da existência de uma Política Nacional de Regulação, percebe-se que nesta normativa a regulação do acesso restringe-se à implantação de centrais de regulação com a função de realizar agendamento de consultas, exames e procedimentos, alicerçados pelo uso de ferramenta informatizada, normas e protocolos.

Pode-se perceber, a partir da revisão bibliográfica, que a regulação do acesso extrapola o caráter operacional da regulação assistencial, ou seja, agendamentos, controle de leitos hospitalares, uso de protocolos e fluxos de referência, entre outros, e requer estreita relação com a regulação da atenção que prevê ações de planejamento, contratação de serviços, monitoramento, avaliação, gestão de filas, comunicação, para além das relações técnicas e do cuidado, especialmente com a atenção primária.

A regulação em saúde é um tema bastante discutido por vários autores brasileiros, no entanto, os tempos de espera e as filas têm pouca produção acadêmica. Estes últimos são amplamente discutidos em países europeus como Portugal e Espanha, e significam problemas enfrentados pelos seus respectivos sistemas de saúde.

Há que se reconhecer que a regulação quando estruturada, munida de instrumentos e mecanismos gerenciais, com processos e fluxos definidos, funciona como potente ferramenta de gestão que organiza o acesso e ordena a demanda, a fim de assegurar condições assistenciais para atender às necessidades de saúde da população, em tempo oportuno.

O presente estudo exploratório optou por conhecer e analisar as filas e os tempos de espera para atendimento ambulatorial especializado no Distrito Federal, objetivando apreender fatores que possam influenciar sobre os tempos de espera e dificultar o acesso, bem como apontar elementos que possam vir a contribuir com o gerenciamento das filas e conseqüente redução da espera.

Atendendo a um dos objetivos propostos, os resultados desse estudo demonstraram que no Distrito Federal, considerando as especialidades escolhidas e os parâmetros nacionais indicativos utilizados, as situações são: em cardiologia existe suficiência do número de profissionais cardiologistas que prestam assistência na rede pública e as filas de espera para atendimento em consulta têm um tempo médio de 33 dias; para a oftalmologia há um déficit no número de profissionais oftalmologistas e as filas de espera têm um tempo médio de 87 dias.

Dos demais objetivos do estudo, com relação à dificuldade do acesso e aos longos tempos de espera, tanto pela análise dos dados coletados quanto pela literatura consultada, pode-se destacar: a insuficiência do número de profissionais; o desconhecimento da demanda e das necessidades por parte da gestão; a excessiva procura por especialistas seja direta ou encaminhada pelas portas de entrada do SUS, especialmente a atenção básica e urgências; a baixa capacidade de resposta da oferta; falhas na organização do processo regulatório.

E para apontar fatores que auxiliem na qualificação da gestão das filas, o que provavelmente reduzirá os tempos de espera no atendimento, pode-se destacar: conhecimento da fila real; reavaliação das necessidades da fila, por meio de contato com os pacientes inscritos; organização das filas por especialidade e o monitoramento contínuo da lista com seu respectivo tempo de espera; análise das perdas primárias identificando causas tais como falha na comunicação; ampliação da rede assistencial seja na contratação de novos serviços ou contratação de novos profissionais; utilização de ferramenta informatizada que auxilie no gerenciamento da central de regulação e ainda a utilização de tecnologias de comunicação à distância.

Conclui-se que os aspectos listados poderão ser considerados pela gestão local no momento de avaliação, planejamento e tomada de decisão, objetivando estruturar a regulação ou renovar suas práticas, na busca da equidade no acesso e eficiência nos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Starfield, B. Atenção Primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Edição brasileira, UNESCO/Ministério da Saúde, 2004.
2. Magalhães Jr., HM. O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM n. 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS.
4. Brasil. Decreto n. 7.508 de 28 de junho de 2011. Diário Oficial da União. Brasília, 2011.
5. Franco, C. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. 2003.
6. Cecílio, LCO; Merhy, EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. Campinas, 2003.
7. Santos FP e Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado – uma revisão. Interface Comunic., Saúde, Educ., 2006; 10.
8. Sanchez, RM; Ciconelli, RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev. Panam Salud Publica*, v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/6063/1fa0400c5025c7188a29f0eb61b4b7d5f0d7.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2017.
9. Oliveira, RR; Elias PEM. Conceitos de regulação em saúde no Brasil, jun. 2012; 46:3. <<http://www.scielo.br/>>. Data de acesso: 08/05/2018.
10. Brasil. Ministério da Saúde e OPAS. A Política de Regulação no Brasil. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 2006.
11. Vilarins, GCM; Shimizu, HE; Gutierrez, MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais, out./dez. 2012; 36:95. <<http://www.scielo.br/>>. Data de acesso: 08/05/2018.
12. Ministério da Saúde (Brasil). Diretrizes para implantação dos Complexos Reguladores. Série Pactos pela Saúde 2006, 2010; 6.
13. Ferreira, JBB; Mishima SM; Santos, JS; Forster, AC; Ferraz, CA. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores Interface - Comunicação, Saúde, Educação [en linea] 2010, 14 (Abril-Junho).
14. Baduy RS; Feuerwerker LCM; Zucoli M; Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção, Rio de Janeiro, Feb. 2011; 27(2). <<http://www.scielo.br/>>. Data de acesso: 08/05/2018.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 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).

16. Sarmiento Jr, KMA; Tomita S; Kos AOA. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. Rev. Bras. Otorrinolaringol. [Internet]. 2005 June [cited 2017 Sep 11]; 71(3): 256-262.
17. Marinho A. A economia das filas no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1595>.
18. Reis PAPP. Tempos de espera cirúrgicos: situação em Portugal e determinantes. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova Lisboa. Portugal. 2014.
19. Barros PP. As listas de espera para intervenção cirúrgica em Portugal. Iprisverbis. n. 4, março 2008. https://momentoseconomicos.files.wordpress.com/2011/06/listas_de_espera.pdf. Acesso 12 de junho de 2018.
20. Justo C. Acesso aos cuidados de saúde: o caso das listas de espera em cirurgia. OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003. Disponível em: www.observaport.org.1.
21. Wright JG, Li K, Seguin C, Booth M, Fitzgerald P, Jones S, Leitch KK, Willis B. Development of pediatric wait time access targets. Can J Surg. 2011; 54(2): 107-10.
22. Distrito Federal. Relatório Anual de Gestão da SES/DF 2016.
23. Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2016-2019. Versão aprovada conforme Resolução CSDF n. 457, de 05 de abril de 2016.
24. CONASS. Guia de Apoio à Gestão do SUS. <http://www.conass.org.br/guiainformacao/distrito-federal-2/>. Acesso em 21 de maio de 2018.
25. Distrito Federal. Portaria Nº 386, de 27 de julho 2017. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal. DODF, 03 de agosto de 2017
26. Distrito Federal. Decreto n. 38.982, de 10 de abril de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.
27. Ministério da Saúde (Brasil). Sistemas de Informação da Atenção à Saúde – contextos históricos, avanços e perspectivas no SUS. 2015.
28. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n. 1.631, de 1 de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

APÉNDICE

APÊNDICE A – AUTORIZAÇÃO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DE SISTEMAS

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a pesquisadora Letícia de Oliveira Fraga de Aguiar, aluna do Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, ingresso 2016.2 e matrícula nº 16/0180171 a ter acesso ao banco de dados do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), por meio do *Business Intelligence (BI)* para extração de dados secundários relativos a consultas especializadas no Distrito Federal, sem identificação dos pacientes, apenas quantitativo e datas de solicitação e atendimento.

Esta autorização está sendo concedida desde que as informações sejam utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto de pesquisa do mestrado, onde a pesquisadora se compromete a preservar o sigilo e a identificação dos pacientes.

Brasília, 17 de abril de 2017.


Cleusa Rodrigues da Silveira Bernardo
Diretora