



## REGULAÇÃO DO ACESSO ÀS CONSULTAS ESPECIALIZADAS: PERCEPÇÕES DE GESTORES E PROFISSIONAIS EM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DO SUL DO BRASIL

### REGULATION OF ACCESS TO DOCTOR SPECIALITIES: PERCEPTIONS OF MANAGERS AND PROFESSIONALS OF A MEDIUM-SIZED CITY IN SOUTHERN BRAZIL

 **Heloisa Bernardi**

Mestre em Saúde Coletiva  
Secretaria Municipal de Saúde - SMS.  
Gaspar, SC – Brasil  
[helobernardi31@gmail.com](mailto:helobernardi31@gmail.com)

 **Jose Francisco Gontan Albiero**

Doutor em Saúde Coletiva  
Universidade Regional de Blumenau – FURB.  
Blumenau, SC – Brasil.  
[jalbiero@furb.br](mailto:jalbiero@furb.br)

 **Ernani Tiaraju de Santa Helena**

Doutor em Ciências (Medicina Preventiva)  
Universidade Regional de Blumenau – FURB.  
Blumenau, SC – Brasil.  
[erntsh@furb.br](mailto:erntsh@furb.br)

**Resumo:** A regulação assistencial envolve relações políticas, técnicas e de cuidado, que fazem a mediação entre as necessidades da população e o acesso aos serviços de saúde. Dificuldades no acesso à assistência especializada geram filas de espera, demora nas consultas e críticas dos usuários. O objetivo desse estudo foi identificar limites no processo de regulação do acesso às consultas médicas especializadas através da percepção de gestores e de profissionais de saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa. Foram realizados dois grupos focais, sendo o primeiro com os profissionais das Estratégias de Saúde da Família e o segundo com gestores e profissionais do setor de regulação do município. Como resultados foram apontadas limitações estruturais tais como a carência de materiais e de profissionais especialistas e reguladores. Foi apontado ainda ausência ou desconhecimento de fluxos e protocolos regulatórios além de problemas na comunicação entre os atores envolvidos. Dentre os desafios aos gestores estão prover uma estrutura material e humana adequada ao sistema de regulação e adotar a atenção básica como coordenadora do cuidado tendo o diálogo entre os atores como estratégia central.

**Palavras-chave:** Acesso aos serviços de saúde. Encaminhamento e consulta. Legislação referente à liberdade de escolha do paciente.

**Abstract:** Assistance regulation mediates the needs of the population and its access to health services. It involves political, technical, and care relationships. Difficulties in accessing specialized assistance generate queues, delays in consultations, and criticism from users. The objective of this study was to identify possible limitations in the regulation of access to specialized medical consultations in the perception of managers and health professionals. It is an exploratory research qualitative case study. Two focus groups were carried out, one with professionals from the Family Health Strategies and another with managers and regulatory sector personnel. As a result, structural limitations were pointed out, such as the lack of materials as well specialized professionals and regulation personnel. There was also an absence or lack of knowledge of regulatory flows and protocols, as well as problems in communication between the actors involved. For managers, the challenges were to provide a material and human structure appropriate to the regulation system and adopting primary care as the coordinator of care with dialogue between the actors as a central strategy.

**Keywords:** Health Services Accessibility. Referral and Consultation. Patient Freedom of Choice Laws.

#### Cite como

*American Psychological Association (APA)*

Bernardi, H., Albiero, J. F. G., & Helena, E. T. S. (2021, maio/ago.). Regulação do acesso às consultas especializadas: percepções de gestores e profissionais em município de médio porte do Sul do Brasil. *Rev. gest. sist. saúde*, São Paulo, 10(2), 180-199.  
<https://doi.org/10.5585/rgss.v10i2.17198>.



## Introdução

Acesso é um conceito complexo e polissêmico, que se modifica com o tempo e com o contexto em que se encontra. Penchansky e Thomas (1981) colocam o acesso como uma concepção que resume um grupo de áreas específicas que representam a harmonia entre o usuário e o sistema de saúde, as chamadas dimensões do acesso. Esses autores descrevem as dimensões do acesso como: disponibilidade (relação entre a capacidade e variedade de serviços e recursos disponíveis e a quantidade de usuários e as qualidades de suas necessidades), acessibilidade (associação entre a localização dos serviços ofertados e os clientes, considerando transporte, tempo de deslocamento, distância e custo), acomodação (relação entre a maneira como os recursos oferecidos estão organizados para atender aos clientes, como horário de funcionamento, telefones disponíveis, acesso a pé, entre outros, e a habilidade dos usuários em se adaptar a esses fatores), capacidade de pagamento (ligação entre o preço dos serviços e a capacidade de o usuário pagar por eles) e aceitabilidade (relação entre as atitudes dos clientes quanto às características pessoais e estruturais dos provedores, bem como a aceitação desses usuários por parte dos prestadores de serviços) (Penchansky & Thomas, 1981).

A escassez de recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) se apresenta como uma grande dificuldade ao acesso a ações e serviços fundamentais ao atendimento das necessidades de saúde das pessoas (Gawryszewski, Oliveira, & Gomes, 2012). Estudos realizados em diferentes cidades distribuídas nas cinco regiões geopolíticas do Brasil indicam a falta de vagas e a existência de gargalos assistenciais em consultas com especialidades médicas e exames de média e alta complexidade, e, como razões da inacessibilidade, foram apontados problemas estruturais e organizacionais (Dilélio et al., 2015; Gawryszewski et al., 2012; Lemões et al., 2013).

A regulação do acesso à assistência, também chamada de regulação assistencial ou regulação do acesso, é um sistema de estruturas, tecnologias e ações voltadas aos profissionais envolvidos no fornecimento dos serviços de saúde, de modo a possibilitar o ingresso da população a esses atendimentos e regular a sua necessidade conforme o nível exigido por sua dificuldade a fim de que o resultado seja adequado, organizado e efetivo (Mendonça, Reis, & Moraes, 2006). Ela é um instrumento que ordena, orienta e define a atenção, e sua resposta deve ser imediata, qualificada e integrada, vinculada ao interesse social e coletivo (Ferreira, Mishima, dos Santos, Forster, & Ferraz, 2010).



A regulação assistencial envolve relações políticas, técnicas e de cuidado, constituindo um grupo de tecnologias e procedimentos que fazem a mediação entre as necessidades da população e o acesso aos serviços de saúde. Desse modo, por estar inserida nas diretrizes do SUS de universalidade, integralidade e equidade, a regulação do acesso à assistência compromete-se a distribuir a oferta conforme a necessidade, a otimizar o uso dos recursos disponíveis, tanto na área financeira como na qualidade do serviço prestado, e, ainda, garante a satisfação do indivíduo (Mendonça et al., 2006).

Portanto, o funcionamento do SUS pode ser consequência do trabalho dos diferentes atores envolvidos no sistema de regulação do acesso. O Estado (municípios e governos estaduais), na figura dos seus *gestores*, ordena o provimento da assistência especializada via prestação direta ou pela contratação de serviços privados (L. D. Lima et al., 2017); *os trabalhadores da saúde* formam fluxos de usuários que podem ou não seguir as regras da regulação e que nem sempre adotam os padrões idealizados pelos gestores, que, ao identificar os pacientes como eleitores, almejam a resolução de suas demandas o quanto antes. Por fim, *os usuários*, pessoas com desejos próprios, questionam e querem a resolução de suas necessidades de forma imediata (Cecilio, 2012). Dessa forma, há um dilema entre os envolvidos, em que se visualiza a demanda imposta e a oferta quase sempre limitada, e os diferentes tempos de cada ator.

Observa-se um crescimento nos estudos em torno do processo de regulação, marcadamente em capitais e municípios de grande porte (Batista, Vilarins, Lima, & Silveira, 2019; Peiter, Lanzoni, & Oliveira, 2016; Silveira, Cazola, Souza, & Pícoli, 2018). No entanto, ainda há carência de estudos em municípios de médio e pequeno porte que contam com poucos especialistas e dependem de consórcios intermunicipais e dos governos estaduais. O município de Gaspar apresenta dificuldades no acesso à assistência especializada; filas de espera e demora nas consultas causam faltas aos atendimentos, agravando a dificuldade ao acesso em um círculo vicioso (Moraes, 2014). Estudo realizado nesse município encontrou uma taxa de absenteísmo às consultas especializadas de 12,2%. Nas entrevistas, os usuários mencionaram que 47% faltas se justificavam por problemas de gestão do sistema de saúde (Brasileiro & Cordeiro, 2017). Dessa forma, o entendimento dessa problemática, sob a visão dos gestores e profissionais envolvidos, pode contribuir para melhor compreender o sistema de regulação nesse contexto municipal.



O objetivo deste estudo foi identificar limites e potencialidades no processo de regulação do acesso às consultas médicas especializadas com base na percepção de gestores e de profissionais de saúde de um município de médio porte de Santa Catarina.

### **Percurso metodológico**

Trata-se de uma pesquisa exploratória, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa realizada junto à Secretaria de Saúde do Município de Gaspar, Estado de Santa Catarina – Brasil, nos meses de outubro a dezembro de 2017.

Para contemplar os objetivos propostos, sugeriu-se a realização de três grupos focais com o intuito de escutar os sujeitos envolvidos no processo de regulação do acesso às consultas médicas especializadas. O convite aos profissionais foi realizado, primeiramente, por meio de contato telefônico, seguido do envio de um correio interno, pessoal, reiterando o convite e solicitando a confirmação dos selecionados. No dia anterior ao evento, nova mensagem foi enviada como forma de lembrá-los do compromisso.

Um dos grupos ouvidos foi o de profissionais das Estratégias de Saúde da Família (PESF), que incluíram médicos (3), enfermeiros (3), técnicos de enfermagem (2), agentes comunitários de saúde (2) e trabalhadores administrativos (2) atuantes nessas equipes, totalizando 12 servidores. Foram considerados, como critério de inclusão, funcionários efetivos, que trabalhavam há mais de seis meses na Prefeitura de Gaspar. Dentre estes, de forma intencional, foram selecionados os profissionais que conheciam e participavam do processo de regulação dentro das suas unidades de saúde.

Outro encontro sugerido foi com os profissionais do setor de Regulação (PR) da Secretaria de Saúde de Gaspar que trabalhavam com as consultas especializadas disponíveis na Policlínica Municipal – 1 enfermeira e 2 administrativos e o médico regulador. Também foram convidados o Superintendente em Saúde, o Coordenador de Atenção Básica, a enfermeira responsável pelas especialidades médicas da Policlínica e o médico que trabalhava na Secretaria de Saúde até junho de 2017, totalizando 8 pessoas. Nesse grupo focal compareceram 6 trabalhadores, incluindo servidores e gestores, estando ausentes os 2 médicos reguladores.

O último grupo focal indicado seria com os médicos da área de cardiologia, cirurgia geral, dermatologia, ginecologia e obstetrícia, infectologia, neurologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pequenas cirurgias e urologia. A escolha desses especialistas deu-se de modo intencional quando havia mais de um profissional na especialidade e para todos que



atuassem há mais de 6 meses na Prefeitura de Gaspar. A princípio, o convite foi realizado por telefone, tendo sucesso em quatro dos dez especialistas selecionados. Destes, somente um teria disponibilidade para participar do grupo focal na data e no horário estipulados. Posteriormente, foi enviado correio interno para cada um deles repetindo o convite e solicitando confirmação da presença, mas somente um especialista – o ginecologista – respondeu à mensagem. Por falta de adesão, foi remetida nova nota com o comunicado de cancelamento do grupo na data previamente determinada e solicitação de sugestão de dias e horários disponíveis para cada um desses profissionais para a realização do encontro. Somente um especialista, novamente o ginecologista, retornou sugerindo datas e horários em que se disponibilizaria para atender ao convite. Diante disso, o encontro não ocorreu por falta de participação dos profissionais.

Nos dois grupos focais realizados, os temas propostos para debate foram apresentados aos participantes em forma de três histórias com perguntas disparadoras da discussão, que trabalhavam com temas relativos à estrutura e ao processo de regulação no município e envolviam dimensões do acesso descritas por Penchansky (1981), como a disponibilidade, a acessibilidade e a acomodação. Antes da realização dos grupos focais, as histórias foram debatidas em reuniões de pesquisadores e foi realizado um grupo focal piloto na Estratégia de Saúde da Família onde atua a primeira autora.

Os encontros foram realizados na Secretaria de Saúde de Gaspar, no dia 27/10/2017, com os profissionais das Estratégias de Saúde da Família, e no dia 18/12/2017, com aqueles atuantes no setor de Regulação, com duração de 1 hora e 18 minutos e 1 hora, respectivamente, finalizados a partir da saturação dos dados obtidos. Eles foram coordenados pela primeira autora, mestranda em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Regional de Blumenau e médica de família e comunidade na cidade de Gaspar, tendo um observador externo, terceiro autor deste artigo, doutor e professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que realizou as anotações pertinentes e auxiliou na gravação de áudio dos encontros.

A transcrição dos grupos focais foi realizada para manter o sentido das falas. Os participantes foram identificados pelas siglas PESF e PR, seguido de um número para diferenciação dos membros, preservando, assim, suas identidades.

A análise dos dados foi realizada pela análise de conteúdo (Bardin, 2016). Iniciou-se com a leitura flutuante das transcrições, seguida da exploração do material, em que os discursos dos sujeitos foram organizados conforme os temas que se relacionavam. Desse



modo, foi realizada a contagem dessas unidades de registro conforme a intensidade que apareceram nas falas, seguida da categorização, na qual esses elementos foram agrupados de forma temática, com base nos discursos e posteriormente identificados, segundo a lógica donabediana, entre as categorias estrutura e processo (Donabedian, 1988) determinadas durante as discussões no grupo de pesquisa. A última parte da análise de conteúdo foi a interpretação dos resultados e a busca de bibliografias que pudessem sustentar e reforçar ou contrapor o produto dos grupos focais.

Antes da realização dos grupos focais, foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com todos os participantes, seguida da assinatura dos profissionais, em duas vias, e cada um deles ficou com uma.

Esta pesquisa faz parte do projeto intitulado “Fatores associados ao não comparecimento às consultas especializadas agendadas através do sistema de regulação do Município de Gaspar, Santa Catarina”, aprovado pelo Comitê de Ética da FURB sob o CAAE: 62616816.0.0000.5370.

## **Resultados e discussão**

Dividimos esse tópico em quatro subtópicos. Em princípio, optamos por trazer um contexto para que o leitor possa compreender melhor o sentido das falas dos participantes. Os três subtópicos seguintes referem-se às categorias analíticas que foram propostas, a saber: escassez de recursos, expectativas e limites dos protocolos e problemas na comunicação entre os envolvidos no processo.

## **Contexto do estudo**

Gaspar é um município localizado na região do Vale do Itajaí, em Santa Catarina. Foi colonizada pelos povos alemão, italiano e açoriano, e tem como principais atividades econômicas a indústria, o comércio, o turismo e a agricultura. Apresentava, em 2010, IDH de 0,765 e PIB *per capita* de R\$ 36.880,96 em 2016. Em 2017, a população estimada de Gaspar, pelo IBGE, foi de 67.392 habitantes (IBGE, 2018). Nesse mesmo ano, a cidade dispunha de 19 Unidades de Saúde, organizadas em 14 Estratégias de Saúde da Família e 5 Unidades Avançadas de Saúde. Além disso, 1 Centro de Atenção Psicossocial e 1 Policlínica Municipal, onde situava-se a Secretaria Municipal de Saúde, além dos Centros de Especialidades



Médicas e Odontológicas e as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica e Ambiental (Prefeitura Municipal de Gaspar, 2018).

Em 2017, o sistema de regulação do município era composto por 11 profissionais, dos quais um deles atuava na área de consultas especializadas disponíveis na Policlínica Municipal e outro o médico regulador com contrato de 20 horas semanais. A Policlínica dispunha dos seguintes atendimentos médicos especializados naquele ano: cardiologia, cirurgia geral, dermatologia, ginecologia e obstetrícia, infectologia, neurologia, ortopedia, otorrinolaringologia, pequenas cirurgias, urologia, endocrinologia, psiquiatria e pediatria. As demais especialidades eram encaminhadas para Tratamento Fora do Domicílio. O município tinha um sistema de prontuário eletrônico, o Sistema Integrado de Gestão de Serviços de Saúde (SigSS), que era utilizado pelos médicos das ESFs para fazer os encaminhamentos, classificando a condição do paciente em eletivo, urgência ou emergência. Não havia protocolos municipais para classificação de gravidade, ficando a critério do médico das ESFs tal categorização conforme sua avaliação, exceto durante o pré-natal, em que as gestantes eram avaliadas segundo a classificação de risco disponível no Protocolo da Rede Cegonha do Ministério da Saúde. Quando o médico classificava o usuário em eletivo, ele ficava na lista de espera aguardando a marcação da consulta conforme ordem cronológica de inserção no SigSS. Caso a classificação fosse de urgência ou emergência, o paciente era enviado para a regulação, o que significa que tais casos eram avaliados por gravidade, em ordem cronológica, pelo médico regulador. Em suma, os pacientes classificados como emergência eram agendados primeiro e as vagas restantes eram preenchidas pelos casos urgentes. Caso sobrassem vagas, os casos classificados em “eletivos” normais eram inseridos, todos seguindo a ordem cronológica de inserção no sistema.

A lista de marcações em cada especialidade médica era enviada para as Unidades de Saúde por meio do SigSS. Os profissionais das ESFs (enfermagem, administrativos ou Agentes Comunitários) entravam em contato com o usuário, por meio de telefone ou pessoalmente, para informar o agendamento do atendimento especializado. O usuário ia até a ESF para retirar os documentos do agendamento. A ESF entrava em contato com a regulação para desmarcar/remarcar o atendimento caso o contato com o paciente não fosse possível, se fosse solicitada a troca da data da consulta pelo paciente ou se o quadro clínico do usuário se alterasse.

O número de consultas disponíveis em cada especialidade era determinado conforme a disponibilidade do médico especialista no mês. Dessa forma, uma das enfermeiras



responsáveis informava à regulação os horários em que cada médico atenderia no referido mês e um profissional da regulação liberava as vagas no SigSS para marcação, sempre de um mês para outro. Caso o especialista solicitasse retorno com urgência ou emergência e não existisse mais consultas nessa classificação disponível, as vagas reservadas para a primeira consulta eram utilizadas para suprir essa demanda. Após o atendimento da primeira consulta com o especialista, o retorno era agendado diretamente na Policlínica e não passava mais pela regulação. Essas marcações não eram enviadas às Estratégias de Saúde da Família, embora as informações ficassem no histórico do paciente.

### **Escassez de recursos**

Donabedian considera que a qualidade do cuidado pode ser avaliada através de três categorias: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1988). A estrutura são os meios necessários para que ocorra o processo e o resultado, ou seja, para obtermos o resultado desejado, é fundamental termos ferramentas adequadas. Para o usuário chegar ao objetivo almejado, o sistema de saúde precisa oferecer os meios apropriados, ou estrutura mínima com recursos materiais, humanos e estrutura organizacional. Em uma palavra, sem recursos não há processos ou resultados.

Se tomarmos em perspectiva, o SUS propiciou um incremento na oferta e acesso a serviços médicos e a outros profissionais de saúde em seus mais de 30 anos. Isso é marcante em relação à atenção primária, mas ainda apresenta carências no que tange aos serviços especializados (LIMA et al., 2018). Essa falta de disponibilidade de profissionais e serviços para atender a demanda de saúde em quantidade e qualidade adequadas (Penchansky & Thomas, 1981) é demonstrada em limites ao acesso. Essas questões surgiram em nossos grupos focais. Tanto para os reguladores como para os profissionais de atenção básica parece haver um consenso em reconhecer o longo tempo de espera entre a data de encaminhamento ao especialista e o dia da marcação da consulta médica, que pode contribuir para aumentar as faltas aos atendimentos, para a piora da saúde dos usuários ou permitir a tentativa de resolução dos seus problemas de saúde por outras vias:

*“[...] um ano esperando, é muito tempo um ano esperar pra acessar uma consulta [...]”*  
(PR 1).

*“[...] um longo tempo de espera vai culminar em falta ou numa resolução por outro método, com certeza [...]”* (PESF 10).





A maioria dos brasileiros afirma dificuldade em conseguir uma consulta no SUS (Dilélío et al., 2015), considerando que na região Sul do país o tempo médio de espera para atendimento médico especializado variou entre 9 a 127 dias entre os anos de 2001 a 2004. Os autores mencionaram melhorias estruturais, informatização e contratação de profissionais como necessários para minimizar esse problema (Lemões et al., 2013). A escassez de profissionais especialistas para assistir a demanda bem como a insuficiência de profissionais na gestão da regulação (em baixo número e pouca carga horária) foram mencionadas nos grupos focais:

*“[...] independente da especialidade, quando tu tens um profissional só no né, num o volume populacional que se tem nesse município hoje por exemplo, é, com certeza tem fila de espera [...]”* (PR 14).

*“[...] tem que ter um médico regulador trabalhando oito horas diárias [...]”* (PESF 6).

Da mesma forma, destacam-se como fatores associados à falta de acesso ao atendimento em saúde diversos problemas estruturais e organizacionais, como tempo de espera, falta de profissionais de saúde e de disponibilidade de consultas e de atendimentos (Dilélío et al., 2015). Estudos em diversas regiões associam a falta de disponibilidade de vagas por escassez de recursos humanos como um problema persistente ao acesso às especialidades (Gawryszewski et al., 2012; Lemões et al., 2013; Silveira et al., 2018).

Por outro lado, os participantes reconhecem a necessidade de se implantar outros arranjos para garantir o acesso a especialistas. De um lado, revendo a qualidade e o papel da atenção básica:

*“[...] muitas vezes a Unidade não é resolutiva né, acabam encaminhando coisas desnecessárias [...]”* (PR 12).

*“[...] que a atenção básica tem que resolver oitenta por cento [...] porque se essa Unidade tá encaminhando demais [...] nós temos que atuar lá [...]”* (PESF 10).

Os próprios participantes respondem como:

*“[...] fazer trabalhos com os médicos especialistas e os médicos da rede. Criar protocolos de quando encaminhar, o que que vocês já podem fazer, o que que é importante, capacitar o médico da básica junto com o especialista; conhecer os especialistas [...]”* (PESF 5).

Pesquisas realizadas a partir dos olhares de diversos atores (gestores, profissionais de regulação e atenção primária) convergem e sustentam o papel da Atenção Básica como parte



importante no processo de regulação e apontam a necessidade de capacitações e treinamentos desses profissionais para a compreensão do processo e uma melhor atuação diante das demandas nesses serviços (Lemões et al., 2013; Peiter et al., 2016; Silveira et al., 2018). Nesse sentido, os autores apresentam a educação permanente como um instrumento pedagógico e de grande potencial provocador de mudanças na rotina dos serviços, pois, para que ocorra a consolidação e a estruturação da Atenção Básica como reorientadora do modelo de atenção em saúde no país, é indispensável a transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, demandando aos profissionais, gestores e usuários maior capacidade de adequação a essas mudanças (Brasil. Ministério da Saúde, 2012).

Por outro lado,

*“[...] o profissional especialista ficar segurando esse paciente com ele, fazendo muitas avaliações, muitos retornos, também isso gera fila né, se o paciente eu acredito que ele tem que ir pra especialidade pra resolver o problema ou pra identificar o problema e resolver, volta pra Unidade pra ser acompanhado [...]” (PR 14).*

Estudo nacional com base na série histórica do PMAQ mostra que o acesso a especialistas ainda é majoritariamente centrado nos encaminhamentos (J. G. Lima et al., 2018). A ampliação dos NASF bem como a instituição de apoio matricial (Hoepfner, Franco, Maciel, & Hoepfner, 2014; Tesser & Poli Neto, 2017) representam opções de tratamento que não se limitam ao encaminhamento ao médico especialista. Pelo contrário, buscam superar a lógica de encaminhamentos indiscriminados em direção a corresponsabilização entre equipe de ESF na busca de maior resolubilidade. Outra forma que merece ser aprofundada é o uso da telemedicina/telessaúde. Estudos apontam que esse tipo de arranjo tecnológico para algumas especialidades mostra-se efetivo na redução de filas de espera e mais eficiente quando comparado à modalidade assistencial especializada presencial (Maeyama & Calvo, 2018; Yarak, Ruiz, & Pisa, 2017).

O enfrentamento da escassez de recursos faz parte do dia a dia do SUS e passa pela ampliação do financiamento e melhorias nos processos de gestão para evitar o desperdício (Ouverney, Carvalho, Machado, Moreira, & Ribeiro, 2019). Porém, do mesmo modo cabe ao cidadão, ou seja, qualquer pessoa da comunidade ou trabalhador de saúde, através dos espaços de participação social existentes, exigir transparência dos recursos financeiros e práticas de gestão existentes no Sistema de Saúde (Rocha et al., 2013; Rolim, Cruz, & Sampaio, 2013). Do ponto de vista estratégico, o enfrentamento dessas carências pode ocorrer pela



reestruturação de modelo de gestão, no qual a coordenação do cuidado pela atenção básica esteja no centro das redes de atenção (BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015). No caso específico da atenção especializada, significa que a tarefa do cuidado é responsabilidade solidária de generalistas e de especialistas, sob coordenação da atenção primária (BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2016).

### **Protocolos de regulação assistencial: expectativas e limites**

Entende-se por protocolos as práticas dos cuidados e das atividades de gestão de um determinado serviço, equipe ou setor, construídas e fundamentadas no conhecimento científico atual, guiados por diretrizes técnicas, organizacionais e políticas, apoiados em evidências científicas, por especialistas e profissionais peritos em uma área (Werneck, Faria, & Campos, 2009). Objetivam a orientação de fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos profissionais dos serviços de saúde. No caso da regulação ao acesso, devem expressar assim uma dada racionalidade constituída e servir de ferramentas para o enfrentamento dos diversos impasses encontrados na assistência e na gestão dos serviços (Werneck et al., 2009).

Os participantes manifestaram em vários momentos que os problemas de acesso poderiam ser explicados, ao menos em parte, pela falta de protocolos, pela falta de conhecimento ou mesmo o não cumprimento desses. Como resultado, cada um trabalha da maneira que entende ser correto:

*“[...] Os médicos colocam urgência e emergência; em alguns casos poderiam esperar três meses, mas eles sabem que não vai levar três, vai levar nove e daí o paciente não pode aguardar, esses três até poderia aguardar, mas nove não tem mais como e daí acaba colocando na urgência. [...]” (PESF 2).*

*“[...] A classificação de risco que a gente tem é dentro do sistema que a gente tem hoje, ele classifica lá como urgência, emergência e normal, mas a gente não tem instituído o que que é uma urgência, o que que é uma emergência, o que é um normal, então assim, tem aquele médico que por conta vai lá, detalha bem a situação e coloca lá, urgente, e tem aquele que não escreve nada e que bota urgência também. [...]” (PR 10).*

Os profissionais da Atenção Primária falaram sobre o desconhecimento de protocolos e fluxos existentes no sistema de regulação:

*“[...] quem faz a regulação desse paciente, quem que chega primeiro, quem que vai primeiro [...]” (PESF 13).*

*“[...] O usuário acaba não sendo de ninguém: eu aviso, às vezes a Policlínica avisa; às vezes eu não aviso, às vezes a Policlínica não avisa (a marcação da consulta) [...]” (PESF 2).*



A ausência ou desconhecimento dos protocolos é recorrente na fala dos profissionais e gestores em outros estudos (Ferreira et al., 2010; Peiter et al., 2016; Serra & Rodrigues, 2010). Estudos reafirmam que a utilização de protocolos assistenciais auxilia no processo de regulação (Lemões et al., 2013; Peiter et al., 2016). No entanto, o estado de Santa Catarina já conta com Central de Regulação Estadual desde 2010 com protocolos clínicos com acesso público via internet (Santa Catarina, 2018). Aqui também parece haver um consenso na fala dos participantes quanto à expectativa em torno dos protocolos como proposta para melhorar o sistema de regulação, de acordo com os fragmentos de discurso:

*“[...] como né melhoria, o que é possível fazer é, de novo, rever né a questão dos protocolos clínicos, que são muito importantes[...]” (PR 14).*

*“[...] organizar o fluxo, então ter o protocolo de acesso [...]” (PR 10).*

Depositar as expectativas nos protocolos assistenciais parece apontar mais para uma racionalidade fundada na gestão de recursos escassos e menos na produção do acesso ao cuidado especializado. Ainda que inseridos dentro de um complexo regulador articulado com gestão, reguladores, especialista e pessoal da atenção básica, os protocolos devem surgir a partir de problemas concretos do cotidiano e não serem impostos ou limitarem-se a práticas e procedimentos preestabelecidos que não irão atender às reais demandas clínicas e organizacionais necessárias (Campos, 2012). Experiência relatada em torno do acesso especializado em oftalmologia em Ribeirão Preto mostra como os atores podem constituir protocolos clínicos e de regulação a partir do diagnóstico de problemas locais fundados na negociação e consensos (Paula et al., 2011). Outros autores apontam que são necessárias estratégias adicionais para garantir a adesão dos trabalhadores a esses protocolos, como adequação do ambiente de trabalho, treinamento e orientação das pessoas e acompanhamento do cumprimento dessas regras, ou seja, a utilização de intervenções educacionais que incluam mais de uma ferramenta, e empregadas regularmente ao longo do tempo (Akbari et al., 2008).

A existência dos protocolos por si só não basta. Do ponto de vista organizacional, é preciso focar na gestão do processo regulatório, cuja ênfase deve ser a garantia do acesso à produção do cuidado e em suas etapas constitutivas, ou seja, na elaboração, treinamento, monitoramento e revisão permanente, que tornem os protocolos e sua aplicação um registro dinâmico e mutável em torno de um dado arranjo tecnológico.



## “Ruídos” na comunicação entre reguladores, atenção básica e usuários

Diversos autores concordam ao afirmar que a comunicação entre os atores do processo regulatório é essencial para que se possa maximizar sua efetividade a fim de garantir o acesso aos cuidados em saúde (Albieri & Cecilio, 2016; Silveira et al., 2018). Os participantes apontaram situações estruturais e processuais que afetam a comunicação com os usuários e podem prejudicar o acesso na medida em que, por exemplo, geram faltas às consultas agendadas:

*“[...] a gente tem muitos casos de que eles falam: “Não fui avisado”, e eles estão certos, porque o telefone não pega [...]” (PESF 10).*

*“[...] A paciente alega não ter sido avisada, eu acho que tem a organização da Unidade de Saúde, a questão do número de telefone, tem a questão também de algumas áreas de algumas Unidades de Saúde não terem Agente Comunitário de Saúde, nesse caso específico, a culpa nem é tanto do paciente, realmente foi problema de comunicação, talvez até por não ter informado a troca do telefone, mas a gente têm outros meios pra avisar né, então eu acho que nesse caso específico não é só responsabilidade do paciente.[...]” (PR 9).*

*“[...] nós temos a dificuldade do telefone apesar de cada vez que o paciente vem numa consulta na triagem é conferido o telefone dele [...]” (PESF 2).*

Em um estudo que avaliou o absenteísmo às consultas especializadas agendadas pelo sistema de regulação no município de Gaspar, foram realizadas 966 ligações como tentativa de contato com os participantes, dos quais 273 atenderam e 223 pessoas não foram contatadas, mesmo após três tentativas para cada uma, em dias e horários diferentes. Nesse estudo, 10,4% das causas de não contato estavam relacionadas a três categorias: “número não cadastrado no sistema”, “número não pertence ao paciente” e “número não existe” (Brasileiro & Cordeiro, 2017).

Mas os horários em que são feitas as tentativas de contato por telefone ou pessoalmente precisam ser revistos:

*“[...] durante o horário, digamos, comercial, é mais difícil tu conseguir contato com os pacientes [...] a partir das seis da tarde é bem mais tranquilo conseguir contato com os pacientes [...]” (PR 9).*

*“[...] nós temos dificuldade em encontrar esse usuário pelo horário que a gente liga, geralmente é o horário em que ele está trabalhando [...]” (PESF 2).*

Problemas são observados na dimensão da acomodação, na medida em que há dificuldades reconhecidas na maneira como estão organizados para atender aos usuários e na capacidade destes em se adaptar a esses fatores (Penchansky & Thomas, 1981). Os participantes reconhecem que o contato com os usuários precisa melhorar:



*“[...] podia ter uma central de comunicação e um dia antes da consulta, ó seu fulano de tal, amanhã o senhor tem consulta, o senhor confirma essa consulta? [...]”*(PR 1).

Iniciativas desse tipo já foram implementadas no Brasil e na Suíça (call-centers somente ou associados a uso de SMS), com resultados modestos na redução do absenteísmo (respectivamente 27% para 18% e 11,4% para 7,8%) (Albieri et al., 2014; Perron et al., 2010). A utilização de aplicativos de mensagens via internet (WhatsApp, Telegram, Signal entre outros), ou mesmo o envio de mensagem de texto para os usuários lembrando sobre o agendamento da consulta, pode ser um meio eficaz e de baixo custo para reduzir o absenteísmo nas consultas médicas. Esse tipo de recurso tecnológico foi utilizado com sucesso para agilizar a comunicação interprofissional, ainda que resultante da iniciativa individual dos profissionais e não como parte de uma estratégia institucional como proposta aqui (Silva & Moreira, 2019).

Observou-se algumas falas antagônicas quando se refere a responsabilidades pela comunicação. Parece que sempre “o outro” não está disponível. Os participantes das ESFs manifestaram suas dificuldades de diálogo com o setor de Regulação:

*“[...] não tem um médico regulador que eu possa falar [...]”* (PESF 2).

*“[...] da noite pro dia não tem como avisar (aos usuários sobre a data da consulta) [...]”* (PESF 8).

*“[...] os médicos, não existe reunião entre vocês, entre regulação [...]”* (PESF 6).

Em contrapartida, no outro grupo, houve falas atribuindo às Equipes da Atenção Primária problemas na comunicação com os usuários:

*“[...] tem a questão da falta do aviso sim das ESFs [...]: “Ah porque eu não consigo avisar que o telefone não tá atualizado!”, tudo bem, mas tu tem Agente Comunitário [...]”* (PR 10).

A falta de comunicação entre as equipes de ESF e a equipe de regulação é uma questão estratégica apontada por diversos autores. Silveira et al. (2018), ao entrevistar médicos das ESFs, reconhecem problemas de comunicação, como o preenchimento insuficiente de informações, mas, como estratégia de aperfeiçoamento, ainda valorizam pouco a melhoria da comunicação. Outros autores, com um olhar a partir dos reguladores, assinalam a necessidade de a atenção básica informar mais detalhes dos casos à regulação e reitera a necessidade de maior envolvimento e capacitação daqueles no processo (Ferreira et al., 2010; Peiter et al., 2016). Encontrar pontos de contato entre as equipes de ESF, especialistas e



equipe de regulação deve ser uma prioridade da gestão, que podem ser concretizados, por exemplo, através de encontros presenciais periódicos para discutir protocolos ou planos terapêuticos (Albieri & Cecilio, 2016). Ou ainda encontros virtuais, por correio eletrônico interno (no caso de Gaspar disponível por ter uma rede informatizada) ou por grupos de mensagem com os especialistas a fim de elucidar dúvidas clínicas, o que poderia evitar o encaminhamento para consultas de casos mais simples.

Mas ambos os grupos de participantes concordam em responsabilizar o usuário:

*“[...] nós temos dificuldade em encontrar esse usuário pelo horário que a gente liga, geralmente é o horário em que ele está trabalhando e ele não atende daí ele não retorna a ligação [...]” (PESF 2).*

*“[...] Na Regulação, a maioria dos faltantes são os pacientes que são avisados. Até porque a gente registra não só relacionado à especialidade né, de forma geral quando a gente liga pra avisar o paciente, a gente registra com quem falou, o dia que foi falado, pra quando o exame foi agendado ou consulta [...]” (PR 9).*

Além disso, têm ciência da sua responsabilidade em dar transparência do processo ao paciente:

*“[...] deveria dar mais informações aos pacientes como funciona essa classificação, essa regulação[...]” (PR 4).*

*“[...]a gente ter uma política de... de divulgação dessas filas de espera né [...]” (PR 1).*

A melhoria do acesso passa por iniciativas de gestão por uma maior acomodação, ou seja, ajustar a oferta dos serviços às necessidades e possibilidades do usuário. Ouvir e envolver o usuário nesse processo pode aumentar a aceitabilidade (Penchansky & Thomas, 1981). Portanto, criar mecanismos de participação do usuário individual na marcação de sua consulta, ou seja, permitir que ele exponha os dias e horários de maior disponibilidade para comparecer ao encontro com o médico especialista. Por outro lado, ter os conselhos locais de saúde como espaços comunitários de diálogo acerca do processo de regulação, de modo a aumentar a transparência da gestão.

*“[...] Sensibilizar o paciente da importância das consultas e exames... Orientar o paciente a procurar a Unidade pra saber das consultas e exames encaminhados [...]” (PESF 6).*

A comunicação é um processo necessário para que ocorra a troca de informações entre os sujeitos, sendo essencial para a vida em sociedade, no nosso caso em particular, no processo da regulação. Para que a comunicação seja possível, é necessário que os atores (equipes de ESF, equipe de regulação e usuários) estabeleçam um diálogo com base em suas



pretensões de validade. Caso discordem, cada sujeito pode apresentar seus argumentos que justifiquem suas ideias, a fim de entrarem em um consenso. Essa reflexão, baseada na teoria Habermasiana da ação comunicativa (Schubert & Gedrat, 2016), faz-se necessária na medida em que as propostas que partem dos participantes da pesquisa, e referendadas por outros estudos (Batista et al., 2019; Gawryszewski et al., 2012), parecem ocupar o campo normativo-organizacional, mas deixam escapar os elementos subjetivos das disposições e intenções dos atores. Estudos têm apontado a necessidade de espaços de encontro entre generalistas, especialistas e reguladores com resultados promissores (Albieri & Cecilio, 2016; Ferreira et al., 2010; Peiter et al., 2016). Portanto, investir no diálogo entre os envolvidos deve estar no centro da agenda daqueles que reconhecem no sistema de saúde, além de dimensões técnico-científica e organizacionais, uma dimensão política, na qual as subjetividades e “verdades” dos atores envolvidos devem ser ouvidas, respeitadas, valorizadas na busca de um sistema efetivo, humano e equânime.

### **Considerações finais**

Nosso estudo revelou que o acesso à atenção especializada apresenta alguns problemas complexos. A escassez de recursos é posta em evidência pelo descompasso entre oferta (número insuficiente de profissionais especialistas) e demanda (excesso de encaminhamentos aos especialistas pela Atenção Básica) e pelas fragilidades na estrutura da central de regulação. Observou-se que a falta e/ou desconhecimento de protocolos clínicos e organizacionais no sistema de regulação favorece que cada ator (regulador, profissional da ESF e usuário) opere de acordo com suas convicções. Além disso, o posicionamento dos envolvidos nesse processo também chamou a atenção, tendo como pano de fundo falhas de comunicação entre eles.

Problemas complexos dificilmente terão soluções fáceis. Para além de reconhecer a necessidade de um reordenamento organizacional no sistema de regulação com estrutura adequada, protocolos, fluxos definidos e vagas em especialistas em número adequado, é preciso uma mudança estratégica. Adotar a atenção básica como centro das redes de atenção e colocá-la como coordenadora do cuidado parece urgente e não é tarefa fácil. Esse desafio só pode ser levado a cabo colocando o diálogo no centro da agenda política.

Esses atores estão dispostos e preparados?





## Referências

- Akbari, A., Mayhew, A., Al- Alawi, M. A., Grimshaw, J., Winkens, R., Glidewell, E., ... Fraser, C. (2008). Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005471.pub2>
- Albieri, F. A. O., & Cecilio, L. C. O. (2016). De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde em Debate*, 39(spe), 184–195. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015s005231>
- Albieri, F. A. O., Desiderá, L., Malaquias, A. K., Moreira, R. A., Fillipi Jr, J., & Puccini, P. T. (2014). *Gestão de Fila de Espera da Atenção Especializada Ambulatorial : Resgatando o passado e buscando um novo olhar para o futuro*. São Paulo.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (1<sup>o</sup> ed). São Paulo: Edições 70.
- Batista, S. R., Vilarins, G. C. M., Lima, M. G. de, & Silveira, T. B. (2019). O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(6), 2043–2052. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08132019>
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2015). *A atenção primária e as redes de atenção à saúde*. Brasília: CONASS.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2016). *Inovação Na Atenção Ambulatorial Especializada*. Brasília: CONASS.
- Brasil.Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde.
- Brasileiro, C. G. J. L., & Cordeiro, T. S. (2017). *Avaliação da evasão às consultas especializadas agendadas pelo sistema de regulação do município de Gaspar, SC*. Universidade Regional de Blumenau.
- Campos, G. W. de S. (2012). Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. *Psicologia em Revista*, 18(1), 148–168. <https://doi.org/10.5752/3851>
- Cecilio, L. C. de O. (2012). Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado , das Práticas e do Conhecimento : como não fazermos “ mais do mesmo ”? *Saúde e Sociedade*, 21(2), 280–289.
- Dilélio, A. S., Tomasi, E., Thumé, E., da Silveira, D. S., Siqueira, F. C. V., Piccini, R. X., ... Facchini, L. A. (2015). Lack of access and continuity of adult health care: A national population-based survey. *Revista de Saude Publica*, 49. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005503>
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 260, 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>



- Ferreira, J. B. B., Mishima, S. M., dos Santos, J. S., Forster, A. C., & Ferraz, C. A. (2010). O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. *Interface: Communication, Health, Education*, 14(33), 345–358.
- Gawryszewski, A. R. B., Oliveira, D. C., & Gomes, A. M. T. (2012). Acesso ao SUS: Representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis*, 22(1), 119–140. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007>
- Hoepfner, C., Franco, S. C., Maciel, R. A., & Hoepfner, A. M. da S. (2014). Programa de apoio matricial em cardiologia: Qualificação e diálogo com profissionais da atenção primária. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 1091–1101. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300028>
- IBGE. (2018). Gaspar. Recuperado 10 de julho de 2019, de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/gaspar/panorama>
- Lemões, M. A. M., Thumé, E., Tomasi, E., Dilélio, A. S., Borges, C. L. dos S., & Facchini, L. A. (2013). Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* (Vol. 22). <https://doi.org/10.5123/s1679-49742013000400009>
- Lima, J. G., Giovanella, L., Fausto, M. C. R., Bousquat, A., & Silva, E. V. da. (2018). Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde em Debate*, 42(spe1), 52–66. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s104>
- Lima, L. D., Scatena, J. H. G., Albuquerque, M. V., Oliveira, R. A. D., Martinelli, N. L., & Pereira, A. M. M. (2017). Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 17, S107–S119. <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700s100006>
- Maeyama, M. A., & Calvo, M. C. M. (2018). A Integração do Telessaúde nas Centrais de Regulação: a Teleconsultoria como Mediadora entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(2), 63–72. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n2rb20170125>
- Mendonça, C. S., Reis, A. T., & Moraes, J. C. (2006). *A política de regulação do Brasil*. OPAS.
- Moraes, T. (2014). Saúde pública: O dilema da espera por especialidades médicas. *Cruzeiro do Vale*.
- Ouverney, A. L. M., Carvalho, A. L. B. de, Machado, N. M. da S., Moreira, M. R., & Ribeiro, J. M. (2019). Gestores municipais do Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas para o Ciclo de Gestão 2017-2020. *Saúde em Debate*, 43(spe7), 75–91. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s706>
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, 377, 1–5. <https://doi.org/10.1016/s0140>



- Paula, J. S., Furtado, J. M. F., Jorge, F. C., Rocha, E. M., Scott, I. U., dos Santos, L. L., ... dos Santos, J. S. (2011). Clinical and regulatory protocols for the management of impaired vision in the public health care network. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 74(3), 175–179. <https://doi.org/10.1590/S0004-27492011000300006>
- Peiter, C. C., Lanzoni, G. M. de M., & Oliveira, W. F. de. (2016). Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde em Debate*, 40(111), 63–73. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611105>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140.
- Perron, N. J., Dao, M. D., Kossovsky, M. P., Miserez, V., Chuard, C., Calmy, A., & Gaspoz, J. M. (2010). Reduction of missed appointments at an urban primary care clinic: A randomised controlled study. *BMC Family Practice*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-11-79>
- Prefeitura Municipal de Gaspar. (2018). Unidades de Saúde. Recuperado 25 de março de 2018, de [www.gaspar.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/23140](http://www.gaspar.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaItem/23140)
- Rocha, E. N., Cunha, J. X. P. da, Lira, L. S. S. P., Oliveira, L. B. de, Nery, A. A., Vilela, A. B. A., & Prado, F. O. (2013). O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. *Saúde em Debate*, 37(96), 104–111. <https://doi.org/10.1590/s0103-11042013000100012>
- Rolim, L. B., Cruz, R. de S. B. L. C., & Sampaio, K. J. A. de J. (2013). Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, 37(96), 139–147. <https://doi.org/10.1590/s0103-11042013000100016>
- Santa Catarina. (2018). Protocolos de acesso de regulação ambulatorial. Recuperado 25 de abril de 2018, de [www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf)
- Schubert, C., & Gedrat, D. C. (2016). Racionalidade comunicativa como meio de promover relações humanizadas no campo da saúde: um olhar segundo Habermas. *Aletheia*, 49(2), 64–75.
- Serra, C. G., & Rodrigues, P. H. A. (2010). Evaluation of reference and counter-reference in the Family Health Program at the Metropolitan Region of Rio de Janeiro (RJ, Brazil). *Ciencia e Saude Coletiva*, 15(SUPPL. 3), 3579–3586. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900033>
- Silva, M. F., & Moreira, M. C. N. (2019). Dilemas na regulação do acesso à atenção especializada de crianças com condições crônicas complexas de saúde. *Ciencia & Saude Coletiva*, Ago(Ahead of print).
- Silveira, M. da S. D., Cazola, L. H. de O., Souza, A. S. de, & Pícoli, R. P. (2018). Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. *Saúde em*



*Debate*, 42(116), 63–72. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811605>

Tesser, C. D., & Poli Neto, P. (2017). Specialized outpatient care in the unified health system: How to fill a void. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 22(3), 941–951. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.18842016>

Werneck, M. A. F., Faria, H. P. de, & Campos, K. F. C. (2009). *Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço*. Ufmg.

Yarak, S., Ruiz, E. E. S., & Pisa, I. T. (2017). A Teledermatologia na Prática Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 41(2), 346–355. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n2rb20160042>.