

Regulação médica em cardiologia: uma revisão da literatura

Medical regulation in cardiology: a literature review

DOI:10.34119/bjhrv4n2-160

Recebimento dos originais: 04/02/2021

Aceitação para publicação: 01/03/2021

Eythor Ávila Reis

Acadêmico do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –
UNIPAM.

Endereço: Rua Ana de Souza 39, ap. 402. Lagoinha – Patos de Minas, Minas Gerais
E-mail: eythorreis@gmail.com

Ana Clara de Lima Moreira

Acadêmico do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –
UNIPAM.

Endereço: Rua Alfredo Borges, 32. Centro – Patos de Minas, Minas Gerais
E-mail: anaclaralimam@gmail.com

Bruna Carolina Pereira Cruz

Acadêmico do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –
UNIPAM.

Endereço: Av. Carlos Nogueira Júnior, 597. Copacabana – Patos de Minas, Minas Gerais
E-mail: brunacpc@unipam.edu.br

Daniel Henrique Cambraia

Acadêmico do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –
UNIPAM.

Endereço: Av. Padre Almir Neves Medeiros 295, ap. 102. Sobradinho - Patos de Minas,
Minas Gerais
E-mail: danielcambraia08@hotmail.com

Isabella Queiroz

Acadêmico do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –
UNIPAM.

Endereço: Rua Tenente Bino, 32, ap 501. Centro - Patos de Minas, Minas Gerais
E-mail: isabellaqueiroz@unipam.edu.br

Gabriel Maicow Silva Alcantara

Acadêmico do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –
UNIPAM.

Endereço: Rua Dr. Ernane Lemos, 241. Bairro Jardim Paulistano – Patos de Minas,
Minas Gerais
E-mail: gabriel.alcantara.med@gmail.com

Milena Ferreira Cruvinel

Acadêmico do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas –
UNIPAM.

Endereço: Rua Formiga, 32, ap. 404. Rosário - Patos de Minas, Minas Gerais
E-mail: milenacruvinel07@hotmail.com

Priscila Ágape Pacheco Pereira Araújo

Acadêmico do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM.

Endereço: Rua Tabelaio Waldemar Dutra, 285, ap 101. Cerrado – Patos de Minas, Minas Gerais
E-mail: priscila.agape@yahoo.com.br

Vitor Ávila de Oliveira

Acadêmico do curso de medicina do Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM.

Endereço: Praça conego João Batista da trindade, 60. Centro- Conceição da Barra de Minas, Minas Gerais
E-mail: vitoravila@unipam.edu.br

Alessandro Reis

Médico especialista em Cardiologia pela SBC/AMB
Mestre em Promoção da Saúde pela UNIFRAN-SP

Endereço: Av. Brasil 510, ap. 104. Centro – Patos de Minas, Minas Gerais
E-mail: alessandro@unipam.edu.br

Ana Paula Pereira da Fonseca

Diretora de Regulação da Secretaria Municipal de Saúde-Patos de Minas-MG
Pós-graduação em Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde pela UFF-RJ
Pós-graduação em Gestão Pública Municipal pela Universidade Federal de São João del-Rei.

Endereço: Praça Vereador Leão Tolentino 55. Nova Floresta– Patos de Minas, Minas Gerais
E-mail: admanafonseca@gmail.com

RESUMO

Baseada nos três princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), a regulação em saúde é vital para promover a equalização do acesso à assistência, pautada em protocolos que garantem que as ações sejam guiadas sempre por um ponto de vista científico que permite aprimorar os serviços de saúde, pois, orientam as prioridades e indicações de encaminhamento. No caso dos protocolos de regulação médica em cardiologia, é possível afirmar que eles existem para orientar os profissionais quanto a comunicação entre os diferentes níveis de atenção, devendo considerar o nível de gravidade dos casos, e o exame mais adequado para cada situação, tendo como opções: o Eletrocardiograma, o Monitoramento Pelo Sistema Holter 24HS, a Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA) e o Teste de Esforço/Teste Ergométrico, considerados métodos gráficos, a Ultrassonografia-Doppler Colorido de Vasos, a Ecocardiografia e a Cintilografia, exames de imagem não invasivo, e o Cateterismo Cardíaco. O presente estudo tem por finalidade avaliar por meio de uma revisão bibliográfica de literatura, realizada nas bases de dados LILACS, SCIELO, Pubmed e Web of Science, a regulação de saúde como um todo e os protocolos de exames cardiológicos atuais, bem como sua epidemiologia, normatização e critérios de prioridade. Tais aspectos são relevantes no

âmbito de compreender que os protocolos são uma forma de coordenar o fluxo na rede de atenção à saúde, baseados nas diretrizes e evidências científicas da área.

Palavras-chave: Protocolos. Regulação e Fiscalização em Saúde. Cardiologia.

ABSTRACT

Based on the three basic principles of the Unified Health System (SUS), health regulation is vital to promote equalization of access to assistance, based on protocols that ensure that actions are always guided by a scientific point of view that allows improving health services, therefore, guide the referral priorities and indications. In the case of medical regulation protocols in cardiology, it is possible to state that they exist to guide professionals regarding communication between the different levels of care, having to consider the level of severity of the cases, and the most appropriate examination for each situation, having as options: Electrocardiogram, Monitoring by the Holter 24HS System, Ambulatory Blood Pressure Monitoring (MAPA) and Stress Test / Exercise Test, considered graphic methods, Ultrasound-Doppler Color Vessels, Echocardiography and Scintigraphy, examinations of non-invasive image, and Cardiac Catheterization. The purpose of this study is to evaluate, through a literature review of the literature, carried out in the LILACS, SCIELO, Pubmed and Web of Science databases, health regulation as a whole and the current cardiology exam protocols, as well as their epidemiology, standardization and priority criteria. Such aspects are relevant in the context of understanding that the protocols are a way of coordinating the flow in the health care network, based on guidelines and scientific evidence in the area.

Keywords: Protocols. Health Care Coordination and Monitoring. Cardiology.

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é baseado em três princípios básicos: universalidade, integralidade e equidade, sendo a Atenção Básica (AB) o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). (BRASIL, 2017a). O grande marco para a constituição da RAS no Brasil foi a Portaria 4.279 (BRASIL, 2010) que fragmentou a atenção e a gestão em busca de melhorias nos indicadores de saúde. Esse modelo interconectado objetiva a existência de relações horizontais, a primazia da atenção contínua e a oferta de um cuidado compartilhado, multiprofissional. (BRASIL, 2014a).

Assim, a regulação dos diversos serviços se apresenta como uma ferramenta primordial, afinal, a oferta de ações deve romper a barreira da desigualdade, embasada na premissa da equalização dos direitos. (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012). Nesse contexto, os protocolos se inserem como dispositivos capazes de criarem rotinas de cuidado e gestão que superam o achismo, pois os fluxos de atenção se tornam baseados nos conhecimentos científicos consolidados. (WERNECK, 2009). Além do mais, outro benefício é a otimização do orçamento e do tempo, pois os serviços serão pautados na

máxima da oferta e demanda. (LOMBARDI, 2009). Logo, quando se têm linhas de atuação bem direcionadas, a assistência secundária torna-se efetiva por complementar o cuidado em situações em que a resolubilidade da AB não se sustenta sozinha. (BALDERRAMA et al., 2019).

Desse modo, os protocolos têm como finalidade auxiliar na dinamização do cuidado assistencial, isso porque estes documentos orientam as prioridades e indicações de encaminhamento aos serviços em Cardiologia. Porém, ressalta-se que algumas situações clínicas podem não estar descritas nesse protocolo e necessitarem de encaminhamento. (BRASIL, 2017b). Sendo assim, os profissionais devem ter autonomia para tomada de decisão, não sendo objetivo substituir a gestão da clínica dos profissionais no exercício profissional. (BRASIL, 2015a).

Portanto, reitera-se a ação primordial do médico assistente na solicitação adequada e objetiva dos exames, afinal, esse é o responsável pelo encaminhamento, pois ele vê o paciente, diferente do regulador. (SESA-ES, 2016).

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica em que foram utilizadas as bases de dados online Web of Science, SciELO, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde) e PubMed, além de protocolos municipais e estaduais disponíveis na internet. Realizou-se, inicialmente, uma análise da produção do conhecimento relacionada à regulação do acesso aos serviços cardiológicos públicos de saúde. Em seguida, foram identificadas as concepções sobre essa ferramenta (regulação, dados demográficos de médicos, exames em cardiologias, diretrizes vigentes em cardiologia)

Para seleção dos artigos utilizamos os descritores: regulação do acesso, sistemas de saúde, políticas públicas de saúde, protocolos regulação e cardiologia. Como filtros, foram utilizados os critérios: publicações nos últimos dez anos, textos completos disponíveis e em português. Os textos encontrados foram submetidos inicialmente à análise dos títulos e posteriormente dos resumos. Na sequência, as publicações foram submetidas a releituras, com a finalidade de realizar uma análise interpretativa guiada pelos objetivos previamente estabelecidos, e agrupadas de acordo com os aspectos conceituais apresentados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 POLÍTICA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde foi estabelecida em 2008, na portaria nº1559, pela necessidade de consolidação de mecanismos que garantem o funcionamento dos princípios do SUS instituídos no capítulo II, artigo 7º da lei 8080/90, principalmente os de integração, regionalização e hierarquização. (BRASIL, 2008).

Primeiramente, a regulação pode ser entendida em duas etapas, o processo de criação de normas e leis para regulamentar determinada atividade; e de ações que asseguram o cumprimento delas (monitorização, fiscalização, etc), de forma a proporcionar mais eficiência a essa atividade. (SCHILLING; REIS; MORAES, 2006).

No artigo 2º da portaria nº 1559, as ações da regulação em saúde são divididas em três esferas: a Regulação de Sistemas de Saúde, dirigida aos sistemas municipal, estadual e nacional; a Regulação de Atenção à Saúde, exercida pelas secretarias municipais e estaduais; e a Regulação do Acesso à Assistência, efetuada pelos gestores públicos.

A Regulação do Acesso à Assistência tem como funções a organização, o controle, o gerenciamento e o monitoramento dos fluxos de acesso e priorização assistenciais. Além disso, seu objetivo é oferecer a possibilidade assistencial mais apropriada ao paciente através de atendimento de consultas, urgências, disponibilização de leitos e procedimentos especializados de maneira padronizada por protocolos.

3.2 PROTOCOLOS CARDIOLÓGICOS EM VIGOR

Os protocolos de regulação buscam a melhoria e ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica (AB), além de melhorar os recursos em saúde, impedindo deslocamentos desnecessários, e com isso, gerando maior eficiência na gestão. Desse modo, é necessário que se estabeleça os indivíduos que precisam de um atendimento especializado e aqueles que apenas se encaixam no manejo da Atenção Primária, portanto, o médico regulador deve conhecer as características dos sistemas de referência a fim de realizar o encaminhamento para especialidades com maior resolutividade ou menor demanda. (BRASIL, 2015a).

As normas e os procedimentos a serem seguidos são formulados a partir da orientação quanto à competência dos níveis de atenção, tendo em vista o grau de complexidade e resolutividade de cada um deles, devendo ser realizado por profissional de saúde, sendo considerada a classificação de risco, a alternativa assistencial mais

adequada, além disso, devem ser revistos regularmente para atualização e implantação de novas tecnologias em saúde. (BRASIL, 2015a).

Faz-se necessário saber o papel dos protocolos de acesso, os quais buscam ordenar o fluxo de pacientes entre os níveis de complexidade, definindo os limites resolutivos de cada um deles. Orientam os profissionais sobre os critérios de acesso às consultas especializadas e exames regulados. O estado do Amazonas, em seu protocolo de regulação, ressalta a utilização da Telessaúde na gestão da Fila de Espera e como uma ferramenta de apoio aos profissionais médicos que atuam na Atenção Primária, além de contribuir para a busca de aprimoramento e melhores resultados em saúde no SUS o que vai de encontro com o projeto Regula mais Brasil de 2016. (SES-AM, 2020)

A Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo-2016, em seu protocolo para acesso a consultas e exames especializados, orientam quais profissionais devem solicitar determinado exame, as indicações, contraindicações e prioridades, mas é bem claro neste documento o objetivo primordial dos protocolos de regulação que é orientar o fluxo da rede e não o manejo clínico. (SES-ES, 2016).

O recurso de vagas no SUS é finito e, portanto, o encaminhamento para consultas na atenção secundária e a solicitação dos exames complementares deve ser baseada nas melhores evidências disponíveis, desta forma a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Divinópolis, redigiu um documento de regulação com objetivo de promover conhecimento do acesso aos serviços e fortalecer a gestão em saúde. Em seu documento, em relação aos exames, também define as indicações, pré-requisitos, quando pertinentes e prioridades. (BRASIL, 2015b).

A SMS de Aracaju-2019, em seu protocolo de regulação, deixa bem claro que seus critérios foram baseados em evidências, como as linhas de cuidado do Ministério da Saúde e de outras fontes de informações científicas, sendo o objetivo subsidiar as decisões dos profissionais, os quais devem ter autonomia para tomada de decisão. Orienta, este documento, que a ordem de acesso aos procedimentos solicitados deverá obedecer aos critérios de gravidade e risco individual dos casos. Utilizando os termos: Prioridade um (P1): para situações clínicas que necessitam de um agendamento prioritário, com maior brevidade possível (até 60 dias); Prioridade dois (P2): que necessitam de um agendamento com razoável tempo de espera, uma vez que não altera significativamente a conduta e/ou prognóstico (até 120 dias); Prioridade três (P3): são situações clínicas cujo agendamento deve ser feito por ordem de antiguidade, por se tratarem de procedimentos de rotina (até 210 dias). (BRASIL, 2019).

No protocolo da SMS de São Paulo as prioridades devem ser classificadas de acordo com o recomendado pelo profissional solicitante e baseadas nos protocolos de regulação do acesso implantados. A prioridade ambulatorial é classificada como alta, média ou baixa e constitui campo obrigatório para agendamento e inserção na fila de espera. Recomenda-se que o profissional solicitante sinalize a equipe de regulação local sobre os critérios de vulnerabilidade do paciente. (BRASIL, 2014b).

Tabela 1 – Classificação de risco: Serviços de saúde ambulatoriais

Prioridade	Descrição
Urgência	Atendimento imediato: não se enquadra no acesso aos serviços de caráter ambulatorial. Estes pacientes deverão ser encaminhados para serviços de atendimento de urgência e emergência.
Alta (1)	Casos com MUITA PRIORIDADE para atendimento ambulatorial deverão ser encaminhados para avaliação do regulador regional/complexo regulador após pertinência analisada pelo regulador local e conforme fluxos pactuados para que sejam agendados em vagas de reserva técnica mediante análise do encaminhamento.
Média (2)	Casos com PRIORIDADE para atendimento ambulatorial deverão ser agendados conforme oferta disponível a anteriormente aos de baixa complexidade. Após 180 dias de espera os casos deverão ser reavaliados pelo profissional solicitante no sentido de observar a pertinência da solicitação e reclassificar, se necessário.
Baixa (3)	Casos PROGRAMADOS para atendimento ambulatorial deverão ser agendados conforme oferta disponível. Após 180 dias de espera os casos deverão ser reavaliados pelo profissional solicitante no sentido de observar a pertinência da solicitação e reclassificar, se necessário.

Fonte: Protocolo de Regulação do Acesso da Rede de Atenção Especializada Ambulatorial-São Paulo-2014, página 10

Projetos para melhorar o sistema de Regulação:

Regula Mais Brasil: Este é um projeto faz parte do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema único de Saúde (PROADI-SUS) criado pelo ministério da saúde em 2018 em parceria com hospitais de excelência, utilizando a telessaúde como ferramenta de regulação dos encaminhamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) ao especialista. Este programa, além de promover a capacitação dos médicos da atenção básica e reduzir a fila de espera na rede assistencial, visa reduzir o número de consultas desnecessárias e conseqüentemente um aumento de exames. (HOSPITAIS PROADI-SUS, 2018)

Outra estratégia para redução das filas de espera é o apoio matricial, que constitui uma estratégia potente e inovadora para enfrentar o desafio de reorganizar e qualificar o processo assistencial das doenças crônicas não transmissíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), que visa capacitação dos médicos da APS e uma comunicação mais próxima com

o especialista. Em seu artigo, Hoepfner et al, demonstraram a eficiência do programa em um município da região sul do Brasil. (HOEPFNER et al, 2014).

3.3 EPIDEMIOLOGIA

3.3.1 Dados demográficos dos médicos

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), há um total de 499.764 médicos atuando no Brasil. Desses, 59.342 médicos atuam no Estado de Minas Gerais, sendo 20.294 na capital (Belo Horizonte) e 35.828 no interior. (SCHEFFER et al, 2020).

Além disso, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), em 2019 o número de médicos cardiologistas associados no Brasil era de 13.462. Desses, a maior concentração estaria nas regiões Sul e Sudeste com 15,1% e 55,5% respectivamente. Assim, Minas gerais abrange 6.3% do total (FAGANELLO, 2019).

3.3.2 Estatísticas gerais das doenças cardiovasculares

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam as principais causas de morte no mundo, com uma prevalência maior que as doenças infecciosas e causas externas. Dessas, 45% das mortes são causadas com Doenças Cardiovasculares (DCV) (OLIVEIRA, 2020).

Segundo a SBC, as Doenças Cardiovasculares (DCV) estão entre as principais causas de morte e de intercorrências hospitalares no país. Entre os anos de 2008 e 2018, foram realizados 1.149.602 procedimentos cirúrgicos/intervencionistas e as hospitalizações foram lideradas pela Insuficiência Cardíaca, seguida por Doenças Cerebrovasculares, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Síndrome Coronariana Aguda (SCA) e Fibrilação Atrial (FA) (OLIVEIRA, 2020).

No período de 2008 a 2014, segundo dados do DATASUS, foram realizados 4.653.884 procedimentos cardíacos diagnósticos no Brasil, neles estão contidos 3.015.993 eletrocardiogramas, 862.627 angiografias invasivas e 669.969 testes nucleares, o que gerou um custo de US\$ 271 milhões ao governo. A partir disso, é possível uma grande redução no impacto das DCV na saúde pública. (DATASUS, 2020).

3.3.3 Estatísticas dos exames realizados no estado de minas gerais

Dentre os exames solicitados pelo cardiologista a fim de rastreamento e diagnóstico das doenças cardiovasculares, têm-se o Eletrocardiograma, o Monitoramento Pelo Sistema Holter 24HS, a Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA) e

o Teste de Esforço/Teste Ergométrico, considerados métodos gráficos, a Ultrassonografia-Doppler Colorido de Vasos, a Ecocardiografia e a Cintilografia, exames de imagem não invasivo, e o Cateterismo Cardíaco, um exame de imagem invasivo. (DE SOUSA, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, no âmbito de diagnóstico de cardiopatias hipertensivas, é necessário a solicitação anual do exame de eletrocardiograma para que haja o acompanhamento do paciente hipertenso com idade superior a 18 anos. (BRASIL, 2015a).

Dentre os casos de Insuficiência Cardíaca, na população de idade igual ou maior que 55 anos, há uma estimativa de incidência por volta de 0,87% e de prevalência de 2,46%. Com isso, no acompanhamento ambulatorial desses pacientes são solicitados exames de diagnóstico. Dentre os exames estão o ECG de repouso com uma média de 1 exame por paciente ao ano, o Cateterismo cardíaco com média de solicitação 0,16 por paciente ao ano e a Ecocardiografia transtorácica com média de 1 exame por paciente ao ano. (BRASIL, 2015a).

Em relação ao Ataque Isquêmico Transitório, nos dados do Ministério da Saúde há uma incidência de 0,112% na população com 35 anos ou mais. Dentre os exames para diagnóstico, estão o ECG de repouso com média anual de 1 exame por paciente, a Ecocardiografia com média anual de 0,34 exame por paciente e o Holter com média anual de 0,34 exame por paciente. (BRASIL, 2015a).

A Doença Arterial Coronariana representa uma comorbidade com alta prevalência na população de idade igual ou superior a 45 anos. Segundo os dados do Ministério da Saúde, nessa população há uma incidência de 0,43% e prevalência de 10,99%. Dentre os exames utilizados em cardiologia, tanto para diagnóstico como acompanhamento desses pacientes, estão o Teste de esforço (Ergométrico) com uma média anual de 0,98 por paciente, a Ecocardiografia de estresse com média anual de 0,05 por paciente, o ecocardiograma com média anual de 0,95 por paciente e o ECG de repouso com média anual de 1 exame por paciente. (BRASIL, 2015a).

A tabela 2 demonstra a produção ambulatorial em cardiologia do SUS no Brasil. Tais exames são de grande valia para o Ministério da Saúde que utiliza os dados como critérios para o planejamento e programação das ações em saúde no âmbito do SUS.

Tabela 2 – Relação do número de exames realizados por ano no Brasil no período entre setembro de 2015 a setembro de 2020.

Procedimento	Produção ambulatorial em cardiologia do sus – brasil.						TOTAL
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Ecocardiografia de estresse	6456	22557	24119	24537	25986	14336	117991
Ultrassonografia doppler colorido de vasos	315840	1076351	1301737	1382089	1592194	815465	6483676
Cintilografia de coração	244870	254412	261528	254183	263370	158536	1437931
Cateterismo Cardíaco	44196	125851	123723	131132	136347	72640	633889
Eletrocardiograma	3483633	10193227	10654149	11509167	12303306	6393867	54537349
Monitoramento pelo sistema holter 24 horas (3 canais)	73916	234413	256865	270104	312157	164841	1312296
Monitorização ambulatorial de pressão arterial (MAPA)	278206	1150406	1406962	1720518	1683197	517752	6757041
Teste de esforço / teste ergométrico	175526	536382	538206	511234	552613	240444	2554405
Total	4622643	13593599	14567289	15802964	16869170	8377881	73834578

Fonte – Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

De acordo com o DATASUS, no período de setembro de 2015 até setembro de 2020 foram realizados 73.834.578 exames em cardiologia. Dentre os mais solicitados, o Eletrocardiograma está em primeiro lugar com 54.537.349 exames solicitados, seguido pela Monitorização Ambulatorial Pressão Arterial (MAPA) com 6.757.041 e a Ultrassonografia Doppler vem em terceiro com 6.483.676 exames solicitados. A ecocardiografia de estresse é o exame com menos solicitações em cardiologia, gerando um total de 117.991 pedidos no período descrito. (DATASUS, 2020).

Já no estado de Minas Gerais, no período de 2015 até agosto de 2020 foram realizados 811.969. Desses, os mais solicitados foram a Ultrassonografia- Doppler com 366799 exames, seguido pelo Teste Ergométrico com 163025 e o MAPA com 159121. Já o exame menos solicitado foi a Ecocardiografia, sendo solicitado somente 3804 vezes. Tais dados, estão detalhados na tabela 3. (DATASUS, 2020).

Tabela 3 – Relação do número de exames realizados por ano no período entre janeiro de 2015 a agosto de 2020.

Procedimento	Produção Ambulatorial do SUS em Minas Gerais						TOTAL
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Ecocardiografia	497	1081	816	429	674	307	3804
Ultrassonografia doppler colorido de vasos	63645	61496	60903	64395	76238	40102	366779
Cintilografia	16302	16258	17187	15362	18431	9301	94168
Cateterismo cardíaco	9248	8708	10115	10890	11197	5506	55664
Monitoramento pelo sistema holter 24 horas (3 canais)	10533	11533	9239	10436	15687	6148	63576
Monitorização ambulatorial de pressão arterial (mapa)	19449	17732	25892	30936	41954	23158	159121
Teste de esforço / teste ergométrico	35340	31340	29249	27091	30354	9651	163025
Total	138712	131890	136214	144177	176104	84872	811969

Fonte – Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

Um Programa de Apoio Matricial contribuiria para a redução da fila para a cardiologia, permitindo o atendimento de usuários com problemas mais complexos e/ou graves. Com qualificação dos profissionais da APS e uma maior proximidade e comunicação com a atenção secundária. (HOEPFNER, 2014)

3.4 NORMALIZAÇÃO

3.4.1 Protocolo para o preenchimento dos laudos

3.4.1.1 Laudos de solicitação de exames

O documento deve conter a Identificação do estabelecimento de saúde; Identificação do paciente; a justificativa do exame: sinais e sintomas, condições que justifiquem o internamento, principais resultados de provas diagnósticas, diagnóstico inicial, CID principal, secundário e causas associadas; o procedimento solicitado; as causas externas: se houve a ocorrência de acidentes ou violência e a autorização do órgão ou profissional. (BRASIL, 2015a).

3.4.1.2 Laudos para Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC)

Deve constar além dos aspectos citados para os laudos de solicitação de exames, o procedimento solicitado que é preenchido somente pelo médico; a solicitação e a autorização contendo o nome do autorizador, código do órgão, número do documento, data, assinatura e carimbo no registro do Conselho. (BRASIL, 2015a).

3.4.2 Procedimentos cardiológicos solicitados em laudo de APAC

Cintilografia miocárdica, Angiotomografia Coronariana, Ressonância Magnética, Cateterismo, Ecocardiograma de Estresse, Ecocardiograma Transesofágico. (BRASIL, 2015a).

3.4.3 Regras para a regulação

O médico deve realizar a regulação das consultas e o encaminhamento para exames dentro de sua competência. Dessa forma, é necessário investigar melhor os tratamentos e identificar até onde a Unidade de Atenção Primária pode ajudar e evitar toda consulta que não seja pertinente, bem como exames complementares. (BRASIL, 2015a).

Todo caso negado ou devolvido deve ser discutido com o médico e a equipe, para contribuir com a educação de todas as pessoas envolvidas no processo. Além disso, negar todo o caso que não tenha uma boa explicação, pois há um limite no número de vagas, assim, se um paciente não for indicado adequadamente para o nível secundário, por exemplo, ele acaba ocupando a vaga de outro que realmente precisaria ou aquele que tem prioridade maior, gerando problemas em toda a rede de assistência à saúde. (BRASIL, 2015a).

Sempre agendar a consulta levando em consideração a preferência de quem está solicitando, mais próxima do local onde o indivíduo mora e a data mais adequada para o tempo de espera do caso clínico. Assim, quando agendada a consulta informar ao paciente e se esse não tiver disponibilidade, cancelar o agendamento, a fim de disponibilizar a vaga para outra pessoa. (BRASIL, 2015a).

A regulação é iniciada buscando os pacientes pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da respectiva unidade de saúde, buscando classificar os casos e iniciar conforme os que são prioritários (vermelhos, amarelos ou verdes), e depois, novamente por data, em que deve ser ordenado priorizando os mais antigos. Além disso, se houver casos mais bem descritos, mediante a apresentação da anamnese, exames físicos e complementares, estes devem ser priorizados. (BRASIL, 2015a).

3.4.4 Competência das unidades

As unidades de atenção primária deverão administrar o cuidado dos pacientes que estão sendo assistidos e solicitar os pedidos dos exames e consultas especializadas da própria unidade de saúde. (BRASIL, 2015a).

As Unidades de atenção secundária, exercendo o papel de executantes devem disponibilizar as vagas dos exames complementares e das consultas ambulatoriais e a formatação da agenda para a disponibilização das vagas mensalmente e comunicar ainda com usuários e a unidade quando houver necessidade de transferência de agenda (BRASIL, 2015a).

3.5 CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

O estabelecimento de uma classificação de risco é essencial na composição de um protocolo de regulação em saúde. O objetivo principal é procurar garantir a prestação do serviço na hora certa, no lugar certo, com a qualidade certa e com menor custo. Por meio dessa classificação, são expostos critérios de prioridade no atendimento para consulta e procedimento médico, sendo essencial para a organização do serviço quando a demanda de consultas e atendimentos for superior ao esperado. (AGUIAR, 2018).

Os critérios são estabelecidos de acordo com o recomendado pelo profissional solicitante e baseado nos protocolos de regulação do acesso implantados. Ao encaminhar o paciente, o profissional deve preencher o campo obrigatório para agendamento e inserção na fila de espera. Caso haja critérios de prioridade, o solicitante deve justificar especificar o motivo de sua priorização, baseado no protocolo de regulação vigente. (BRASIL, 2014b).

Esses critérios são pautados conforme a condição clínica do paciente, a qual será determinante para a definição do tempo máximo de espera desejável, estando acima da ordem cronológica de solicitação (BRASIL, 2016a). Vários protocolos municipais organizam os critérios de prioridade por cores. Dessa forma, a cor ‘vermelha’ (urgência), designa situações clínicas graves e/ou que necessitam um agendamento prioritário, em até 30 dias; já a ‘amarela’ (alta) denota situações clínicas que necessitam um agendamento prioritário, em até 90 dias; a cor ‘verde’ (média), por sua vez, permite aguardar até 180 dias; a ‘azul’ (baixa) revela situações clínicas que não necessitam um agendamento prioritário, podendo esperar mais de 180 dias. (BRASIL, 2016b).

Cabe ressaltar que tais critérios são voltados exclusivamente para regulação ambulatorial. Em caso de situações de urgência e emergência com risco de morte, o paciente deve ser encaminhado diretamente a uma unidade de urgência, para o primeiro atendimento e estabilização. (BRASIL, 2016b). Ademais, a gestão local é responsável pelo processo de regulação do acesso qualificados localmente (microrregulação).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de regulação, conforme a política de regulação, visam nortear o fluxo na rede, não substituindo as diretrizes e evidências científicas e o bom senso do solicitante, mas com o objetivo de ordenar e organizar o fluxo. Isto fica bem evidente nos protocolos de acesso e regulação de várias regiões, como nos exemplos citados neste artigo. A classificação e a média de tempo para realização divergem entre alguns dos protocolos citados, aparentemente devido as diferenças e disponibilidades de ofertas locais. Por fim torna-se notório que, além da necessidade de um protocolo local de regulação, necessitamos do funcionamento da RAS em sua plenitude, com uma comunicação efetiva entre todos os atores, seja gestores, serviço de atenção básica, atenção secundária e prestadores de serviço, com a finalidade de informarmos a todos a demanda mensal para cada solicitação, a oferta disponível, de forma a tornar consciente a necessidade de adequação no encaminhamento, otimização do fluxo e a possibilidade de ações de monitoramento e controle da assistência à saúde no âmbito do SUS.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, L. O. F. **Regulação do acesso em saúde: uma análise das filas e o tempo de espera para consultas médicas especializadas no distrito federal**. Brasília: DF, 2018.
2. BALDERRAMA, Priscila *et al.* Gestão em saúde: avaliação do acesso ao sistema regional. **Rev enfermagem UFPE online.**, Recife, v.13, n. 4, p :933-42, abr., 2019.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 2017a.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília: DF, 2010.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada**. Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e Parâmetros Para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2015a.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis/MG. **Diretoria de Regulação em Saúde/Gerencia de Regulação em Saúde**. Divinópolis, MG, 2015b.
9. BRASIL. Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS São Paulo). **Protocolo de Regulação do Acesso da Rede Hora Certa – Exames de Apoio Diagnóstico**. Vol. 01 1º edição. São Paulo, SP, 2014b.
10. BRASIL. Prefeitura do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS Rio de Janeiro). SISREG – Protocolo para o Regulador. **Protocolo clínico de critérios para regulação de vagas ambulatoriais**. Rio de Janeiro, RJ, 2016b.
11. BRASIL. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Telessaúde-RS. **Protocolos de Regulação ambulatorial: Cardiologia Adulto**. Porto Alegre, UFRGS, 2017b.
12. BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema (SMS Diadema). Coordenação da Central Municipal de Regulação. **Protocolo de Regulação do Acesso – Especialidades Médicas**. Diadema, SP, 2008.

13. BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS Aracaju). **Protocolo de Acesso à Regulação de Consultas Especializadas e Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade**. Aracaju, SE, 2019.
14. DE SOUSA, M. R.; *et al.* I diretriz da sociedade brasileira de cardiologia sobre processos e competências para a formação em cardiologia no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Belo Horizonte: SBC. v. 96, n. 1, p. 1-24, 2011.
15. FAGANELLO, L. S.; *et al.* O Perfil do Cardiologista Brasileiro – Uma Amostra de Sócios da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro: SBC. v. 113, n. 1, p. 62-68, 2019.
16. HOEPFNER, Clovis *et al.* Programa de apoio matricial em cardiologia: qualificação e diálogo com profissionais da atenção primária. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 1091-1101, set. 2014.
17. Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade. **DATASUS**. Brasil: banco de dados, 2020. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qamg.def>>. Acesso em: 29 out. 2020.
18. Integração e ampliação da telessaúde para o apoio a regulação na qualificação do encaminhamento ambulatorial. **Hospitais PROADI-SUS**, 2018. Disponível em: < <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projetos/114/regula-mais-brasil>>. Acesso em: 22/02/2020.
19. LOMBARDI, Donald M. **Gestão da assistência à saúde** / Donald M. Lombardi, John R. Schermerhorn, Jr. com Brian Kramer; tradução e revisão técnica Teresa Cristina Padilha de Souza. - Rio de Janeiro: LTC, 2009.
20. OLIVEIRA, M. M.; *et al.* Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. Rio de Janeiro: SBC. v. 115, n. 3, p. 308-439, 2020.
21. SCHEFFER M. *et al.* Demografia Médica no Brasil, 2020. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, 2020.
22. SCHILLING, C.M.; REIS, A.T.; MORAES, J.C. **A política regulação do Brasil**. Brasília: OPAS, 2006.
23. Secretaria de Estado de Saúde Do Amazonas (SES-AM). Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA). Complexo Regulador Do Estado Do Amazonas. **Protocolo de Acesso às Consultas e Procedimentos Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade**. Manaus: SES-AM, 2020.
24. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo (SESA-ES). Subsecretaria de Assuntos de Regulação Organização da Atenção à Saúde; Gerência de Regulação Assistencial; Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados. **Protocolos de regulação para acesso a consultas e exames especializados**. Vitória, SES-ES, 2016.

25. VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012.
26. WERNECK, Marcos Azeredo Furkim. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço** / Marcos Azeredo Furkim Werneck, Horácio Pereira de Faria e Kátia Ferreira Costa Campos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.