

O médico Responsável Técnico através dos anos e a construção de um manual de boas práticas

The medical technical director over the years and the construction of a best practices manual

El médico Responsable Técnico a través de los años y la construcción de un manual de buenas prácticas

Rafael Kafuri Bonacossa¹ , Phillipp Rosa de Oliveira¹ 

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Resumo

Introdução: O cargo de Responsável Técnico (RT) teve suas atribuições modificadas com o passar dos anos. Mesmo que inconscientemente, a Governança Clínica (GC) guiou as mudanças que os médicos e a gestão implementaram nas funções do cargo, associada a diversos outros fatores. Ainda assim, e por ser um cargo relativamente novo, não existe um documento que parametrize essas responsabilidades de maneira efetiva. **Objetivo:** Estabelecer um padrão de boas práticas no formato de manual a partir de revisão bibliográfica. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura com avaliação de artigos, documentos institucionais, matriz de competências da medicina de família e comunidade, leis brasileiras e documentos internacionais que embasam a atuação do RT. **Resultados:** Dividimos a atuação do RT em dez áreas, relatando as boas práticas em cada uma delas para que se atinja os seguintes objetivos: aumento do padrão de qualidade do serviço; segurança do usuário; e efetividade do cuidado, para que se cumpram as normas e diretrizes do SUS. **Conclusões:** Com base nos dados coletados, foi possível a elaboração de um manual que elenca os dez passos para as boas práticas de um médico RT na atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Governança Clínica; Segurança do Paciente.

Autor correspondente:

Rafael Kafuri Bonacossa
E-mail: rafaelkbonacossa@gmail.com

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 06/04/2024.

Aprovado em: 05/07/2024.

Editores convidados:

Maria Inez Padula Anderson e Marcello
Dala Bernardina Dalla

Como citar: Bonacossa RK, Oliveira PR. O médico Responsável Técnico através dos anos e a construção de um manual de boas práticas. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):4210. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)4210](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)4210)



Abstract

Introduction: The role of the technical director (TD) has evolved over the years. Clinical Governance (CG), albeit unconsciously, has guided the modifications that physicians and managers have implemented. Nevertheless, being a relatively new position, there is no document that effectively standardizes these responsibilities. **Objective:** To establish a standard of best practices in manual format based on a literature review. **Methods:** It is an integrative literature review with evaluation of articles, institutional documents, competencies matrix for family practice, Brazilian laws, and international documents that underpin the role of TDs. **Results:** The role of TDs was divided into ten areas, outlining the best practices in each to achieve goals such as improving service quality, user safety, care effectiveness, and compliance with the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde — SUS) norms and guidelines. **Conclusions:** based on the collected data, a manual was developed outlining ten steps for best practices of a TD in primary healthcare.

Keywords: Health Management; Primary Health Care; Clinical Governance; Patient Safety.

Resumen

Introducción: El papel del responsable técnico (RT) ha experimentado cambios a lo largo de los años. La gobernanza clínica (GC) en la práctica, aunque inconscientemente, ha guiado las modificaciones que los médicos y la gestión han implementado en las funciones del cargo, junto con diversos factores. Sin embargo, al ser un cargo relativamente nuevo, no existe un documento que estandarice eficazmente estas responsabilidades. **Objetivo:** Establecer un estándar de buenas prácticas en formato de manual a partir de una revisión bibliográfica. **Métodos:** Se trata de una revisión integrativa de la literatura con evaluación de artículos, documentos institucionales, matriz de competencias de la medicina familiar y comunitaria, leyes brasileñas y documentos internacionales que fundamentan la actuación del RT. **Resultados:** Hemos dividido la actuación del RT en diez áreas, describiendo las buenas prácticas en cada una para lograr objetivos como mejorar la calidad del servicio, la seguridad del usuario, la eficacia del cuidado y cumplir con las normas y directrices del Sistema Único de Salud de Brasil (SUS). **Conclusiones:** Con base en los datos recopilados, fue posible elaborar un manual que enumera los diez pasos para las mejores prácticas de un RT en la atención primaria a la salud.

Palabras-clave: Gestión en Salud; Atención Primaria de Salud; Gestión Clínica; Seguridad del Paciente.

INTRODUÇÃO

O cargo de Responsável Técnico (RT) da Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu para os médicos no município do Rio de Janeiro como uma proposta para melhorar a coordenação do cuidado e aumentar a resolutividade, com a função de regular vagas para consultas e exames.¹ O médico, além de sua função assistencial, teria um acesso diferenciado ao sistema de regulação, podendo autorizar, negar, deixar pendente de regulação (aguardando vaga) ou devolver para o solicitante (para que este qualifique melhor o pedido) os encaminhamentos para exames e consultas.² Essa proposta surgiu como uma possibilidade de tornar mais rápida a autorização para os procedimentos, visto que a regulação, quando centralizada, não conseguia responder a todas as demandas, formando uma barreira de acesso e limitando a integralidade da atenção.³

Como era uma função que não tinha regulamentação específica para a APS e que, pela lógica da complexidade que era a regulação de vagas, exigia um profissional mais experiente, o cargo foi tomando outra proporção. O profissional que ocupava o cargo passou a ser visto também como uma referência clínica e, por que não, uma liderança. Mesmo que inconsciente, o papel do RT foi tomando forma, muitas vezes pautado nos componentes da Governança Clínica (GC).⁴

A GC é um conceito que engloba diversos componentes essenciais para garantir a qualidade, segurança e efetividade dos cuidados de saúde. Podemos mencionar algumas pautas da GC que fazem dela um tema importante para um médico que está atuando além da assistência, mas que também participa de um processo gerencial e administrativo, sendo elas: tomada de decisões, padronização

de processos, melhoria contínua, envolvimento do paciente, responsabilidade e prestação de contas. Ao integrar esses elementos, é possível construir uma narrativa sobre a contribuição da GC para a atuação do médico, ressaltando como essa abordagem fortalece a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados.⁵

A GC foi introduzida inicialmente no sistema de saúde do Reino Unido, o *National Health Service* (NHS), nos anos 1990, com a intenção de qualificar a atenção à saúde.⁵ Ela é considerada a principal forma de melhoria contínua, mas exige a reestruturação da forma como se praticam os cuidados em saúde. Quando implementada, foi considerada extremamente ambiciosa, pois promoveu a transição para um modelo mais colaborativo, em contraponto ao período de estímulo à competitividade que a antecedeu por anos.⁶ Mais à frente discutiremos os itens da GC com mais detalhamento.

Ao alinhar as funções do RT com as competências demandadas na atenção primária, buscamos estabelecer uma base para a prática da clínica integrada e centrada no paciente. A utilização da matriz de competências da Medicina de Família e Comunidade (MFC) como referência oferece um arcabouço robusto, considerando não apenas aspectos clínicos, mas também a necessidade de habilidades gerenciais, trabalho em equipe e engajamento com a comunidade.⁷ Seu uso se justifica também pela MFC se tratar da principal especialidade atuante da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que foi o modelo de escolha para reorganizar e conduzir a APS,⁸ quando os modelos hospitalocêntrico e cartesiano já não supriam as necessidades em saúde da população e era preciso um modelo sistêmico, familiar e comunitário. Para que haja real mudança de paradigmas de atenção, exige-se um profissional mais adequado, o médico especialista em medicina de família e comunidade.⁹ Somado a isso, temos uma resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) que diz que para exercer o cargo de RT o médico deve ter titulação na especialidade da respectiva área da atividade da unidade.¹⁰

A discussão sobre o papel do RT na APS é notavelmente escassa, refletindo-se em uma literatura limitada, inclusive internacionalmente. O CFM estabelece a exigência de um médico responsável em cada estabelecimento de saúde, designado como Diretor Técnico.¹¹ Embora o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ) forneça um manual para o Diretor Técnico, este documento, apesar de abrangente, não aborda de maneira específica a lógica e as nuances da APS.

O atual cenário da APS destaca a relevância do papel do médico RT na qualificação dos serviços prestados. Nesse contexto, a ausência de uma parametrização clara das suas funções pode resultar em lacunas na gestão e na entrega efetiva de cuidados à comunidade. Dessa forma, este trabalho propõe explorar a importância de um documento que delinhe as responsabilidades do médico RT na atenção primária, tendo como referência artigos relacionados, documentos governamentais e de conselhos de classe, a GC e a matriz de competências em medicina de família e comunidade. Desse modo, objetiva padronizar um perfil de boas práticas de responsabilidade técnica para médicos de família e comunidade do município do Rio de Janeiro, bem como produzir documento norteador para parametrizar e tornar mais nítidas as funções do médico RT no âmbito da APS e instrumentalizar os gestores e responsáveis técnicos dos níveis mais complexos de gestão para qualificar os profissionais e promover uma melhoria dos serviços.

MÉTODOS

Este trabalho emprega uma abordagem metodológica baseada em revisão integrativa de literatura para analisar o papel do RT, também conhecido como diretor técnico. A pesquisa foi conduzida a fim de investigar os diferentes ambientes de atuação do responsável técnico em instituições de saúde,

explorando variações de práticas e responsabilidades, o papel do responsável técnico em outros países com sistemas de saúde semelhantes ao Sistema Único de Saúde (SUS), identificando possíveis discrepâncias e similaridades nas suas funções, visando compreender como esse papel é desempenhado em diferentes contextos.

A coleta de dados foi realizada por meio de revisão integrativa de literatura nacional e internacional, abrangendo artigos em português, inglês e espanhol, em bancos de dados científicos, artigos especializados e documentos governamentais. Iniciou-se com a investigação do tema “função do responsável técnico” e dos subtemas de atenção à saúde e gestão clínica e posteriormente identificaram-se os descritores de assuntos correspondentes a: governança clínica, auditoria clínica, gestão em saúde, gestão de pessoas, segurança do paciente e encaminhamento e consulta. Foram pesquisados artigos nas bases de dados LILACS, SciELO, Arca (Repositório Institucional da Fiocruz) e Medline. As buscas foram realizadas entre novembro de 2023 e janeiro de 2024, incluindo publicações que discursavam sobre gestão clínica pelo médico e excluindo os artigos que discutiam sobre gestão de recursos em nível macro e gestão hospitalar. Os critérios utilizados permitiram encontrar 28 artigos. Descartando-se os que não correspondiam ao tema, foram usados 12 artigos.

Outros documentos também foram utilizados para a confecção deste trabalho – classificados como literatura cinzenta —, tais como documentos do Conselho Federal de Medicina, do Conselho Regional de Medicina, Leis Federais, Ofícios e Circulares da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro e publicações dos Ministérios da Saúde e da Educação, todos encontrados em suas próprias bases de dados. A síntese das informações permitirá a elaboração de um documento que delineará as funções do médico RT na APS, enriquecendo a compreensão desse cargo. O detalhamento da metodologia é feito na Figura 1.

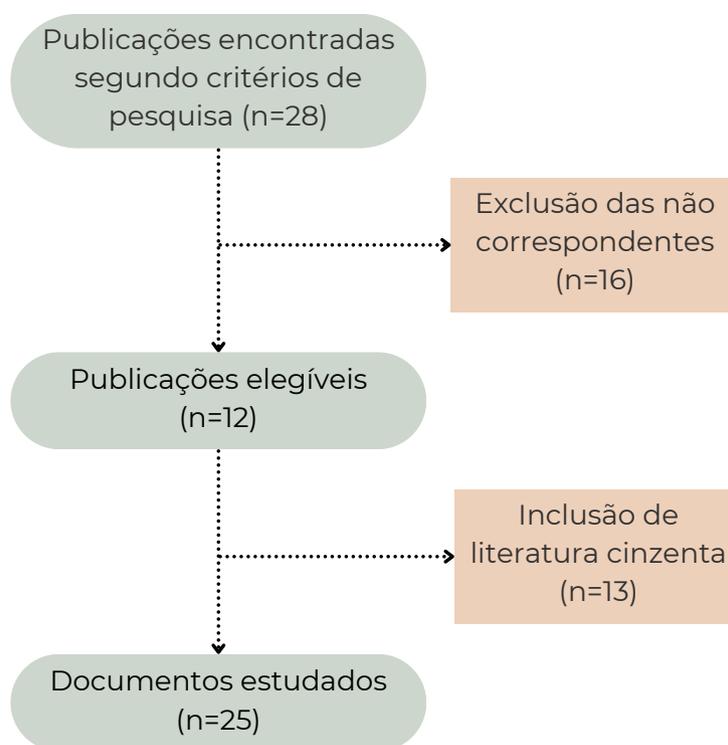


Figura 1. Detalhamento da metodologia utilizada.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

As informações obtidas na revisão da literatura — por meio das publicações nas bases eletrônicas e na literatura cinzenta, bem como nos documentos emitidos pelos conselhos de medicina (CFM e CRM), pela Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro e da matriz de competências da residência em Medicina de Família e Comunidade — forneceram arcabouço teórico para parametrizar as funções esperadas para o médico RT na APS. Essas funções foram sendo atualizadas e complementadas conforme a própria APS se ampliava e a especialidade da Medicina de Família e Comunidade se fortalecia.

Seguindo o mesmo caminho das atribuições dos médicos dos sistemas de saúde europeus, dos países em que a APS se assemelha à brasileira, a regulação ambulatorial passou a ser atribuição também do médico que atua na assistência, atuando como um *gatekeeper*.¹ Esse termo pode ser traduzido como um “guardião” do acesso, uma pessoa que controla o trânsito de outras pessoas pelos serviços. Esse controle não deve ser confundido com uma barreira, e sim encarado como uma função importante para a avaliação minuciosa, incluindo a verificação de solicitações prévias, se há indicação formal, se já teve alguma solicitação autorizada ou negada previamente e seus motivos. Esse controle visa aumentar a equidade do sistema e promover uma utilização racional dos recursos.³

A regulação ambulatorial é tema importante para o médico RT. Não só por ser uma função que ajudou a moldar sua própria, mas por ser peça importante para a coordenação do cuidado, pois um dos aspectos da APS é o referenciamento a especialistas focais.¹ A ideia do médico de família e comunidade que ocupava o cargo de RT ser regulador veio da união de alguns fatores: já receber gratificação por ser responsável por outras questões e por ser, em tese, o médico mais qualificado da unidade. Assim, conferindo o papel de regulador para o médico de família e comunidade, tentamos promover o tempo oportuno de acesso, levando à maior equidade do cuidado,³ conforme citado anteriormente, quando explicamos sobre a função de *gatekeeper*.

Após a descentralização da regulação ambulatorial, no período entre 2011 e 2015, quando os médicos das unidades de saúde passaram a regular as vagas, houve um aumento de 86% de agendamentos.¹ Importante deixar claro que “regular” não é somente “agendar”, mas também avaliar as solicitações e qualificar as filas de espera. Também precisa ser evidenciado que a prática regulatória pela assistência reduz a fragmentação do cuidado, os custos para o sistema de saúde e as iatrogenias que podem ser cometidas quando existe falha na coordenação do cuidado, melhorias essas também observadas em países como Bélgica, Espanha, Suíça e Canadá.¹²

A importância da regulação descentralizada tornou-se tão evidente que a Secretaria Municipal de Saúde orientou a reserva de 4 horas semanais para o médico RT dedicar-se ao processo regulatório e ao planejamento de ações que o qualifique.¹³ As ações de planejamento compreendem não só a qualificação de filas, citada anteriormente (negando e devolvendo solicitações), mas também a realização de capacitações e orientações aos solicitantes. Por exemplo: estimular a avaliação das filas de espera e a modificação da classificação de risco, quando necessário, também é entendida como regulação. Essa atenção com as filas é de responsabilidade do solicitante e deve ser estimulada pelo RT, assim como responder os questionamentos das solicitações devolvidas.

Conforme explicitado anteriormente, mesmo que de maneira inconsciente, os moldes da GC foram ditando o caminho pelo qual o cargo de RT foi trilhado. Dessa forma, utilizaremos os componentes da GC para guiar as informações deste trabalho. Também serão utilizadas as competências do médico de

família e comunidade, visto que, pela própria regulamentação do CFM, o médico RT deve ter titulação em especialidade médica correspondente.¹⁴ Importante reconhecer que essas competências foram valorizadas na ocasião do fortalecimento da APS, quando a Secretaria Municipal de Saúde conferiu gratificações para o cargo de RT e para profissionais com título de Médico de Família e Comunidade.¹⁵

A GC é um conceito complexo que engloba diversos elementos essenciais na atuação do médico para garantir a qualidade, a segurança e a efetividade dos cuidados de saúde, baseando-se no Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM).⁵ Uma revisão de literatura elencou sete dimensões principais da GC¹⁶ que, ao combinar com as informações que foram levantadas sobre o cargo, nos permite formar um documento norteador para as boas práticas do médico que assumir esse cargo. Para a confecção do documento, também levamos em consideração as leis e diretrizes que regem o SUS, pois, no que se refere a melhoria na qualidade da atenção à saúde, há um tema intimamente relacionado: a formação de profissionais que dominem atenção individual e coletiva, além de estarem guiados para a formação de profissionais orientados para o SUS.¹⁷ Todas essas ações e estratégias nos levam a um caminho que tem como finalidade a segurança do paciente. Essa segurança diz respeito ao gerenciamento do risco e à promoção de um ambiente seguro, com máxima observância dos padrões de práticas em saúde, reduzindo riscos e aprendendo com eventos adversos.¹⁶

Componentes

Apresentamos os componentes do manual que busca parametrizar as funções e as boas práticas para o médico RT e guiar a prática dos médicos de família e comunidade que buscam a melhoria da qualidade, a garantia da segurança e a efetividade dos cuidados.

I. Liderança Clínica e Trabalho em Equipe

No contexto da liderança clínica e do trabalho em equipe, destaca-se a relevância do envolvimento ativo e do comprometimento do médico RT. A tomada de decisões estratégicas por esses líderes é crucial para promover uma cultura de segurança e excelência clínica. Explorar como a GC orienta as decisões é fundamental, impulsionando práticas embasadas em evidências e alinhadas com os mais elevados padrões de cuidado.⁶ Além disso, a promoção de uma comunicação efetiva, clara e empática com a equipe de saúde, pacientes e familiares é essencial, garantindo a compreensão mútua e a colaboração no processo de cuidado. No âmbito da liderança, destaca-se a capacidade de liderar equipes de saúde, inspirando confiança e promovendo a colaboração para garantir um ambiente eficiente e seguro. Assim, a interligação entre liderança e trabalho em equipe é crucial, abordando a importância da colaboração na equipe de saúde e fomentando um ambiente de trabalho positivo,⁶ além de ser uma norma básica de operação do SUS, que prevê multiprofissionalidade e transdisciplinaridade — componentes da clínica ampliada.¹⁸ Essas normas, para além da obrigação por questões legais, devem reger o trabalho por demonstrar resultados superiores quando comparados a outros países em que a APS não é multidisciplinar e tem o médico em um papel dominante.⁸ Esses elementos convergem para a construção de uma liderança clínica que contribui significativamente para a excelência no cuidado médico.

II. Estrutura Organizacional e Padronização de Processos Baseados em Evidências

O estabelecimento de uma estrutura organizacional eficiente e a padronização de processos são elementos cruciais para a segurança do serviço (para pacientes e funcionários). A GC é explorada como uma ferramenta para definir papéis e responsabilidades, promover a comunicação eficaz e facilitar a colaboração interprofissional. Estimula-se estabelecer e reforçar, sempre que necessário, protocolos operacionais padrão e protocolos clínicos baseados em evidências para garantir a uniformidade nos processos médicos, visando orientar a prática clínica e assegurar consistência das condutas, contribuindo significativamente para a qualidade e segurança dos cuidados.¹⁶ A gestão eficiente, caracterizada pela competência em gerenciar recursos, otimizar processos e promover a eficiência operacional no ambiente de saúde, emerge como um elemento fundamental para alcançar esses objetivos, refletindo na qualidade do atendimento médico e na excelência dos cuidados oferecidos.

III. Gestão de Riscos e Segurança do Paciente

Destaca-se a importância da identificação, avaliação e gerenciamento proativo de riscos clínicos como estratégia fundamental. O foco reside na prevenção de eventos adversos e na melhoria contínua da segurança do paciente. Priorizar a segurança do paciente é enfatizado, ressaltando a adoção de protocolos rigorosos para minimizar riscos e assegurar a qualidade do atendimento médico. A Comissão de Revisão de Prontuário (CRP) se apresenta como um componente crucial para identificar falhas no cuidado, promovendo uma cultura de segurança sólida e contribuindo para a constante melhoria na prestação de cuidados médicos.¹⁹ Segundo uma resolução do CFM, o médico RT deve garantir a atividade autônoma das comissões de ética médica e das demais comissões oficiais, como a CRP, para promover pleno funcionamento e correção de equívocos ou erros sistemáticos.¹⁴ Esses elementos convergem para estabelecer uma abordagem abrangente e proativa na gestão de riscos, garantindo um ambiente clínico seguro.

IV. Monitoramento de Desempenho e Gestão de Pessoas

No contexto da gestão eficaz de recursos humanos na área da saúde, a implementação de sistemas sólidos de monitoramento e avaliação do desempenho clínico emerge como um elemento essencial.¹⁶ Estes sistemas não apenas estabelecem padrões de excelência, mas também proporcionam feedbacks regulares aos profissionais, identificando áreas passíveis de aprimoramento e reconhecendo práticas exemplares. Apenas apresentar evidências não se mostra medida efetiva isoladamente, sendo necessário instituir uma cultura de feedbacks, contribuições de pares experientes e fertilização cruzada de ideias, o que é melhor aceito quando realizado por profissional que vivencia a mesma realidade da pessoa que recebe o *feedback*.⁶

A monitorização do alcance de metas pelos profissionais é central, proporcionando uma visão clara do progresso individual e coletivo — com cuidado para não se tornar uma atenção gerenciada.⁶ O monitoramento, ou auditoria clínica, deve avaliar constantemente os procedimentos operacionais e a prática profissional.¹⁶ Em paralelo, é crucial abordar o desempenho insuficiente ou inadequado de maneira

construtiva, adotando uma abordagem não punitivista que estimule a melhoria clínica contínua.⁶ Além disso, a supervisão diligente se estende à verificação da correta documentação nos sistemas de registro, assegurando que sejam feitos de maneira apropriada, nos locais corretos e de forma compreensível a todos os envolvidos.⁵

Os assuntos abordados neste tópico direcionam para um caminho que visa à melhoria do desempenho e à correção de equívocos, principalmente quando paramos para observar a natureza do erro e a necessidade de melhoria de padrões e processos.¹⁶ Os dados extraídos da monitorização e da avaliação das metas são importantes para abordar o desempenho insuficiente e também para a prestação de contas, que ainda será abordada. Esses dados são os Indicadores de Saúde e os Indicadores de Financiamento da APS.²⁰

V. Envolvimento do usuário

Podemos tomar duas vias distintas a partir deste tópico. A primeira nos leva à incorporação ativa do paciente no processo decisório, respeitando suas preferências, valores e expectativas para uma abordagem centrada na pessoa, que deve ser estimulada pelo médico RT para que todos os médicos do corpo clínico da unidade estejam sempre conscientes dos princípios que compõem a especialidade,⁷ e, além disso, estimular a capacidade de o usuário se ver enquanto parte do meio social em que vive, em um contexto cultural e de saúde coletiva, reforçando a educação em saúde.¹⁷ Esse processo valoriza a relação singular entre os usuários e os profissionais, conferindo autonomia e protagonismo ao usuário em relação à sua vida,¹⁶ e também nos leva ao protagonismo enquanto sujeito promotor de reformas nos modelos de gestão, sendo esta a segunda via do envolvimento do usuário. Essa segunda via — que não é nem de longe menos importante — trata do envolvimento do usuário enquanto participação comunitária na gestão do SUS, sendo de extrema importância e garantida por lei.²¹ A formação profissional e os avanços tecnológicos só estão bem representados quando têm relevância social e se advoga em favor da população.¹⁷

VI. Atualização Contínua e Educação Permanente

Além de abranger o domínio técnico-científico da profissão, a educação em saúde se estende aos aspectos estruturantes de relações e práticas em todos os componentes de interesse social que contribuem para elevar a qualidade de saúde da população.¹⁷ Podemos destacar a promoção de programas educacionais permanentes como uma estratégia essencial para garantir a constante atualização e aprimoramento das competências clínicas. A GC é apresentada como um mecanismo impulsionador da melhoria contínua na prática médica, encorajando a revisão constante de processos e a implementação de mudanças positivas. A manutenção de uma atualização constante sobre avanços científicos na área da saúde é crucial para aprimorar continuamente a prática clínica, mas sempre com o crivo da evidência científica robusta e com o grau de confiabilidade dos dados. A participação ativa em programas de educação médica, como residências médicas e preceptoria de estagiários de medicina, e o compartilhamento de conhecimentos com colegas, chamado de fertilização cruzada de ideias, são também ressaltados como formas de contribuir para o avanço coletivo.¹⁶ Importante dizer que não se faz imprescindível somente conhecimento técnico. Este é apenas um dos aspectos. Também devemos permanecer firmes na produção de subjetividades, estimulando o pensamento crítico e o adequado conhecimento do SUS —

funcionamento, programas, estratégias, financiamento e importância para a democracia.¹⁷ Somente com a democratização institucional poderemos identificar com precisão as necessidades em saúde e as de qualificação e poderemos garantir a aplicabilidade dos conhecimentos construídos com as propostas de atualização permanente.¹⁶ É essa a proposta da educação permanente, em que o cenário de prática influencia e guia o aprendizado, levando a um processo formativo sem, é claro, se considerar substitutiva às práticas tradicionais, com capacitações e formação somativa, mas procurando levar à reflexão, sempre que possível.¹⁷

VII. Respeito aos Princípios Éticos e Legais

No âmbito da prática médica, é imperativo destacar a fundamental importância do respeito aos princípios éticos e legais como alicerces fundamentais para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. O compromisso em resguardar a privacidade e confidencialidade das informações dos pacientes é uma prioridade inalienável. Muitas vezes, principalmente após incorporarmos as — inegáveis — utilidades das tecnologias e das redes de compartilhamento de dados, podemos deixar expostos dados dos usuários. Prezar pela segurança dos dados, orientando o corpo clínico sobre riscos e implicações legais se mostra de extrema importância. A adesão estrita aos princípios éticos da profissão médica se reflete na busca incessante pela integridade e no respeito irrestrito aos direitos dos pacientes. A responsabilidade legal e administrativa, por sua vez, demanda do médico um profundo conhecimento e rigoroso cumprimento das normativas que regem tanto a prática médica quanto a gestão de serviços de saúde.¹⁶ O respeito aos princípios éticos e legais implica responsabilidade com os usuários e com o serviço. Este tópico aborda os princípios éticos e legais que devem nortear a conduta do médico, como pilares essenciais para uma prática médica ética, responsável e alinhada com os mais elevados padrões de qualidade.

VIII. Transparência e Prestação de Contas

A prestação de contas é um ponto importante para a GC e para o trabalho de um médico RT, pois os esforços empenhados para conseguir qualidade devem ser avaliados e reavaliados para verificar sua efetividade.⁵ Podemos estabelecer dois grupos para os quais devemos prestar contas: a população e o governo. Ao estabelecer práticas transparentes que demonstrem a responsabilidade individual e coletiva com o serviço, promovemos a confiança dos usuários e da comunidade. Algumas atitudes podem ser úteis para que a população entenda como o serviço funciona. Explicações sobre capacidade de atendimentos por profissional, sistemas de acesso e carteira de serviços, por exemplo, podem ser feitas em “salas de espera”, em reuniões do colegiado gestor, em consultas individuais e até mesmo em reuniões de equipe realizadas no território, com a presença da população.²² Dessa maneira, a população estará munida de informações e estará envolvida nos processos. A prestação de contas para a administração municipal também é importante para que, analisando os dados, possamos planejar de maneira estratégica as ações futuras. O médico RT precisa estar à frente do planejamento principalmente por estar trabalhando na assistência e tão próximo dos outros profissionais da assistência. Como aprendemos com uma frase do economista chileno Carlos Matus, “planeja quem faz”.²³

No município do Rio de Janeiro, uma maneira de prestar contas e planejar atividades é o *accountability*, instituído em 2013. Essa palavra, em inglês e sem uma tradução muito específica, pode ser entendida como o conjunto de transparência, responsabilização e prestação de contas. O *accountability* tem formato de

seminário e tem a intenção de avaliar desempenho, atividade essencial para o aperfeiçoamento do serviço. Esse seminário de prestação de contas propõe que as próprias equipes relatem ações bem-sucedidas e discutam estratégias para que os desafios sejam superados, sendo um espaço muito interessante para a troca de ideias e apresentação de dificuldades. Algumas das informações que devem estar na apresentação são: primeira consulta de puericultura até 15 dias de vida, cobertura vacinal das crianças de até 2 anos e até 6 anos, registro do colpocitológico para mulheres entre 25 e 64 anos, rastreamento para tuberculose de sintomáticos respiratórios e outros dados que conversam com o item de monitoramento de desempenho.²⁰

IX. Mediação de Conflitos

O responsável técnico deve ter habilidade para lidar com situações conflituosas de forma ética e construtiva, promovendo um ambiente de trabalho saudável. A mediação de conflitos deve ser vista como uma ferramenta para promover um local de trabalho harmônico e deve ser feita de maneira imparcial. Não só em relação a conflitos entre colaboradores, mas também em relação a conflitos com a população e com os níveis de gestão. Por estar em posição de liderança, deve se portar como uma pessoa aberta ao diálogo e que promova negociações pacíficas.²⁴ A mediação deve ser feita de maneira neutra e muitas vezes se mostra interessante o registro oportuno das tratativas.

X. Regulação ambulatorial

A regulação ambulatorial, tema, em geral, mais associado ao RT, tem suas bases e especificações em alguns documentos. A regulação de vagas deve ser executada com coerência e ética, além da necessidade de ser realizada por um profissional tecnicamente capacitado. Como visto anteriormente, a Secretaria de Saúde orientou a reserva de 4 horas semanais para o exercício da regulação e de planejamento de ações para otimizá-la,¹³ reconhecendo a importância e a efetividade da regulação descentralizada, também já apontada anteriormente por uma avaliação interna que reconheceu o aumento da capacidade regulatória.²⁵ O RT deve estar sempre atento e atualizado das orientações referentes a essa função, pois novos procedimentos são inseridos, exames mudam de local, fluxos são criados/modificados, etc.

A correta orientação para o corpo clínico da unidade, bem como o repasse de informações atualizadas, deve ser compromisso constante. Para a regulação das vagas, temos quatro possibilidades: autorizar, agendando para data e horário disponíveis; deixar pendente, quando julgar a solicitação pertinente, mas não houver disponibilidade de vaga; devolver, quando for necessário complementar com informações clínicas ou solicitar outras informações; e negar, quando o usuário não estiver na fila correta ou não preencher critérios para aquele procedimento. Importante salientar que a solicitação devolvida que for respondida retorna para a fila no lugar que estava antes, mas a solicitação negada é retirada de vez da fila, sendo necessário inserir novamente, caso o solicitante julgue pertinente e preencha os dados clínicos de maneira adequada.² As orientações quanto ao local correto de inserção e a classificação de risco devem ser realizadas sempre que se note a necessidade por parte dos solicitantes, respeitando a seguinte orientação: vermelho para até 30 dias; amarelo para até 90 dias; verde para até 180 dias; e azul para os que podem aguardar mais que 180 dias. Cabe também ao regulador a troca de prioridade em caso de mudança na clínica (geralmente a pedido do solicitante) ou de discordância em relação ao escrito pelo solicitante.¹ Também é função do RT, enquanto regulador, a gestão das filas, observando se existem solicitações acima do esperado para algum exame ou consulta, considerando a capacidade resolutive da APS.²

Viabilidade do cargo

Tendo passado pelas vastas atribuições do médico RT e considerando a complexidade de algumas delas, precisamos ponderar também a viabilidade dessa função. O médico que se dedica à assistência e acumula a função de RT, por ser considerado o mais qualificado, acaba se tornando um apoiador matricial das equipes. Somam-se a ele a função de regulador, de promotor de educação permanente, de referência para solução de conflitos, de referência para sua própria equipe, de responsável pela prestação de contas, pelo monitoramento de desempenho e pela gestão de pessoas, entre outras funções e demandas que surgem no passar dos dias. Será que o acúmulo de todas essas funções é viável com qualidade e segurança para ele, para os profissionais e para os usuários?

Entendemos que um diferencial do RT para a regulação descentralizada é ser parte da assistência, estar no convívio da unidade e conhecer a realidade local, mas precisamos avaliar a viabilidade do cargo com o somatório de tantas responsabilidades. Esse acúmulo se torna um desafio importante e deve ser visto com responsabilidade. Uma maneira de minimizar os efeitos desse acúmulo seria a contratação de médicos com residência em medicina de família e comunidade para as equipes de saúde da família, visto que, sabidamente, já é um problema a contratação de médicos sem especialidade ou especialistas em outras áreas, geralmente insuficientes frente aos desafios da complexidade da APS.¹²

Material proposto

Com todas as informações coletadas e discutidas neste trabalho, propomos, em formato de manual, o material que segue apresentado no Apêndice A para parametrizar e nortear as boas práticas de um médico responsável técnico. O manual chamado “Guia de Boas Práticas para o Responsável Técnico na Atenção Primária à Saúde” leva de forma sucinta as informações deste trabalho para facilitar a compreensão do cargo e que possam replicar efetivamente no dia a dia.

CONCLUSÃO

De acordo com a observação das funções esperadas para o médico RT, baseada nos documentos oficiais e na literatura especializada no assunto, padronizamos as boas práticas desejadas para o cargo, elaborando documento norteador em formato de manual. O documento em questão torna mais nítidas as atribuições e serve para consulta do médico (ao assumir o cargo ou quando estiver em dúvida sobre sua prática), do gestor local (quando iniciar carreira na gestão e/ou precisar entender as finalidades do cargo), para os responsáveis técnicos das coordenadorias ou níveis mais complexos de gestão (quando identificarem pontos de fragilidade e precisarem interceder para melhoria dos serviços).

A integração efetiva desses componentes forma uma base sólida para uma GC eficaz, que busca continuamente elevar os padrões de cuidado e promover a excelência na prática médica, intenção inerente ao cargo estudado. Os desafios dessa integração são muitos, como a falta de profissionais com título na área, gerando sobrecarga dos responsáveis técnicos, o acúmulo de funções associadas à assistência, o papel de referência matricial e as demandas que surgem a cada dia, que são fatores que nos fazem refletir sobre a viabilidade do cargo.

Observando os elementos listados, é possível construir uma narrativa sólida sobre a contribuição da GC para a atuação do médico RT, que, somando-se ao aumento de sua atuação, conforme a ESF foi

crescendo, passou a ser profissional de destaque e de grande importância para a melhoria dos cuidados em saúde. Essa integração fortalece a APS enquanto atenção qualificada, resolutiva e promotora de saúde. Com esse documento esperamos preencher uma lacuna e instrumentalizar médicos e gestores para aperfeiçoar a atuação dos RTs na ESF.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

RKB: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia. PRO: Supervisão, Validação, Visualização.

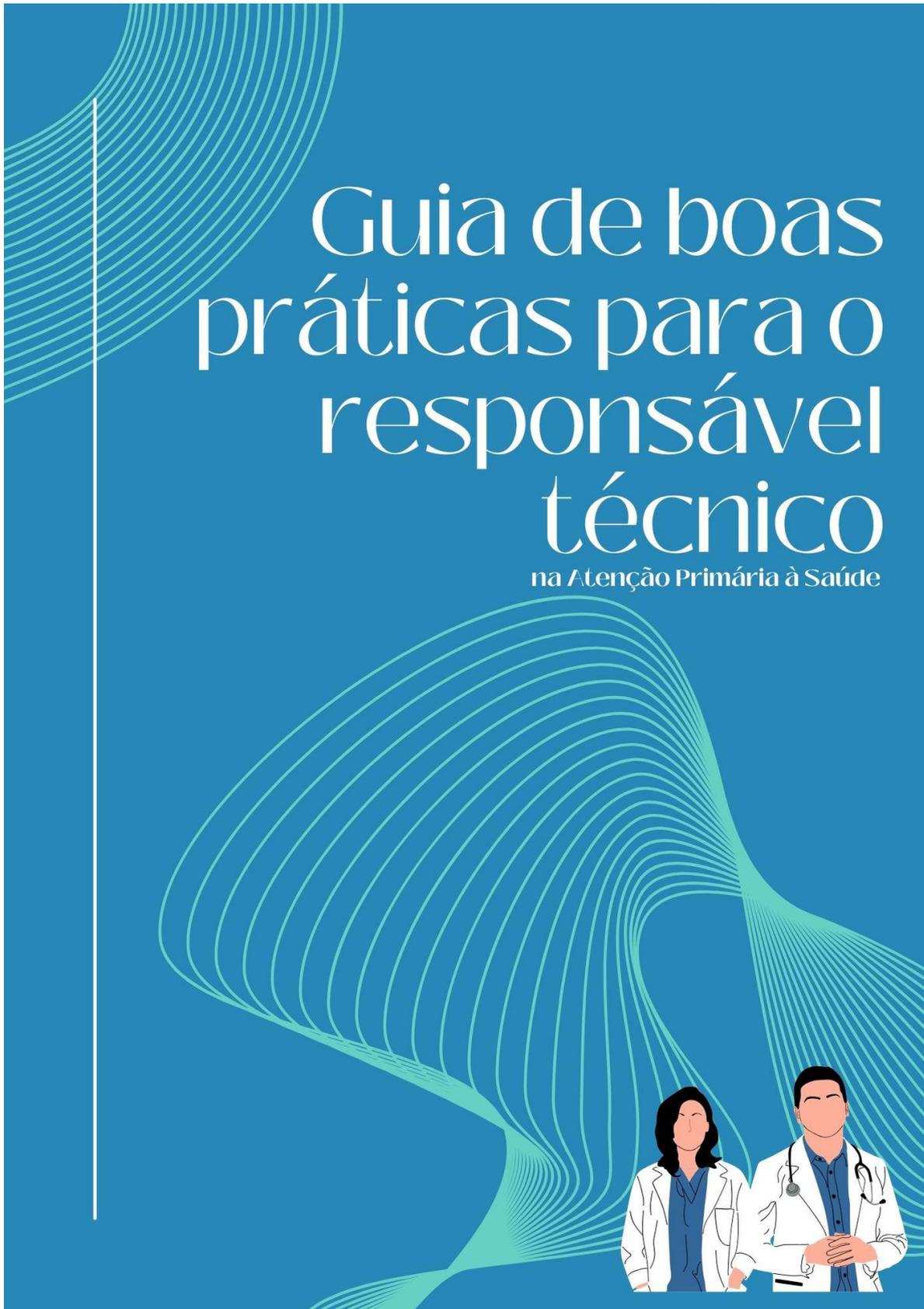
REFERÊNCIAS

1. Pinto LF, Soranz D, Scardua MT, Silva IM. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. *Ciênc Saúde Colet* 2017;22(4):1257-67. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26422016>
2. Araujo LG, Silva IM. Manual de regulação ambulatorial: diretrizes para a coordenação do cuidado. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; 2022.
3. Gomes GG, Melo EA. A regulação do acesso à atenção especializada pela Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro: coordenação ou competição? *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2023;33:e33012. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333012>
4. Machado LCT. Dimensões da governança clínica na atenção primária à saúde: as contribuições do médico responsável técnico no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2020.
5. Santos I, Sá E. Erro médico: estratégias de governação clínica. *Rev Port Med Geral* 2010;26:606-12. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i6.10803>
6. Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ* 1998;317(7150):61-5. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7150.61>
7. Brasil. Ministério da Educação. Matriz de competências em medicina de família e comunidade [Internet]. 2022 [acessado em 18 jan. 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residencia-medica/matriz-de-competencias/matriz-medicina-de-familia-e-comunidade.pdf/view>
8. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
9. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005;13(6):1027-34. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>
10. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 2.007/2013 alterada pela Resolução CFM no 2.114/2014. Dispõe sobre a exigência de título de especialista para ocupar o cargo de diretor técnico, supervisor, coordenador, chefe ou responsável médico dos assistenciais especializados. *Diário Oficial da União* de 08 de fevereiro de 2013, seção I, p. 200.
11. Conselho Federal de Medicina. Decreto no 20.931, de 11 de janeiro de 1932. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. *Diário Oficial da União* de 15 de janeiro de 1932, seção 1, p. 885.
12. Santos AM, Giovanella L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. *Saúde Debate* 2016;40(108):48-63. <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080004>
13. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância à Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Ofício Circular S/SUBPAV/SAP no 09/2018. Ofício sobre a atuação do responsável técnico médico da atenção primária como regulador ambulatorial. Rio de Janeiro, 23 de maio de 2018.
14. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM no 2.147/2016. Estabelece normas sobre a responsabilidade, atribuições e direitos de diretores técnicos, diretores clínicos e chefias de serviço em ambientes médicos. *Diário Oficial da União* de 27 de outubro de 2016, seção I, p. 332-4.
15. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância à Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Ofício Circular S/SUBPAV/SAP no 10/2011. Pagamento e gratificações. Rio de Janeiro, 15 de abril de 2011.

16. Gomes R, Lima VV, Oliveira JM, Schiesari LMC, Soeiro E, Damázio LF, et al. A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet* 2015;20(8):2431-9. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11492014>
17. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev Saúde Coletiva* 2004;14(1):41-65.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
20. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Apresentação de modelo S/SUBPAV/SAP. Portfólio Unidade de Atenção Primária 2023. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2023.
21. Brasil. Senado Federal. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* de 31 de dezembro de 1990, seção 1, p. 25694.
22. Macedo JFS, Oliveira PR. Potencialidades da reunião de equipe no território: um relato de experiência de uma residente de Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2023;18(45):3878. [https://doi.org/10.5712/rbmf18\(45\)3878](https://doi.org/10.5712/rbmf18(45)3878)
23. Giacomoni J, Pagnussat JL. Planejamento e orçamento governamental. Brasília: ENAP; 2006.
24. Nascimento DMM. Mediação de conflitos na gestão da saúde (médica, clínica e hospitalar): humanização do direito médico. *Cad Ibero Am Direito Sanit* 2020;9(1):170-95.
25. Prefeitura do Rio de Janeiro. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: PMS 2014-2017 [Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2013 [acessado em 20 jan. 2024]. Disponível em: https://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE A – Manual: Guia de Boas Práticas para o Responsável Técnico na Atenção Primária à Saúde



Sumário



Imagem: Reprodução internet

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS **PAG 2** | OS DEZ
PASSOS: BOAS PRÁTICAS PARA O
RESPONSÁVEL TÉCNICO **PAG 3** |
CONSIDERAÇÕES FINAIS **PAG 7**

Introdução

O SURGIMENTO DO CARGO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO TEVE A INTENÇÃO DE AUMENTAR A RESOLUTIVIDADE E A COORDENAÇÃO DO CUIDADO. MESMO ESTANDO MUITAS VEZES ASSOCIADO SOMENTE A FUNÇÃO DE REGULADOR DE VAGAS ACABOU SE TORNANDO MAIS QUE ISSO. CRIOU-SE UM MUNDO DE POSSIBILIDADES, MUITAS VEZES PAUTADAS NA GOVERNANÇA CLÍNICA, MESMO QUE NEM SEMPRE POR UM PROCESSO CONSCIENTE POR PARTE DOS MÉDICOS E GESTORES

Essa cartilha se propõe a unificar em um documento as funções e atitudes esperadas de um médico que assume o cargo de responsável técnico na Atenção Primária à Saúde. Levamos em consideração os princípios da Governança Clínica, os documentos elaborados pelos Conselhos Federal e Regional de Medicina e os documentos emitidos pela Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, bem como referências de países com sistema de saúde e organização de atenção primária como fazemos no Brasil.

O material foi elaborado com a junção dos elementos encontrados e foi organizado em dez tópicos que guiam o médico a um caminho de boas práticas, favorecendo um ambiente mais seguro aos profissionais e aos usuários, a diminuição de iatrogenias e de barreiras de acesso e promovendo a prestação de um serviço de saúde mais equânime.

Com esse guia, médicos e gestores poderão basear suas condutas e guiar seus esforços para a realização de um trabalho mais próximo ao que pregam nossas diretrizes e leis.



Os dez passos: boas práticas para o responsável técnico

GUIA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Liderança clínica e trabalho em equipe

01 Destacamos aqui a relevância do envolvimento ativo e comprometimento do médico responsável técnico. A tomada de decisões estratégicas por esses líderes é crucial para promover uma cultura de segurança e excelência clínica, impulsionando práticas embasadas em evidências e alinhadas com os mais elevados padrões de cuidado. Além disso, a promoção de uma comunicação efetiva, clara e empática com a equipe de saúde, pacientes e familiares é essencial, garantindo a compreensão mútua e a colaboração no processo de cuidado.

A interligação entre liderança e trabalho em equipe é crucial, abordando a importância da colaboração na equipe de saúde e fomentando um ambiente de trabalho positivo. Além de ser uma norma básica de operação do SUS, que prevê multiprofissionalidade e transdisciplinaridade – componentes da clínica ampliada. Essas normas, para além da obrigação por questões legais, devem reger o trabalho por demonstrar resultados superiores quando comparados a outros países em que a APS não é multidisciplinar e tem o médico em um papel dominante.

Estrutura Organizacional e Padronização de Processos

Estabelecer uma estrutura organizacional eficiente e padronizar **02** processos são elementos cruciais para a segurança de pacientes e funcionários. Devemos definir papéis e responsabilidades, promover a comunicação eficaz e facilitar a colaboração interprofissional. Estimula-se estabelecer e reforçar sempre que necessário protocolos operacionais e clínicos baseados em evidências para garantir a uniformidade nos processos. A gestão eficiente emerge como um elemento fundamental para alcançar esses objetivos, refletindo na qualidade do atendimento médico e na excelência dos cuidados oferecidos.

03

Gestão de Riscos e Segurança do Paciente

03 Destaca-se a importância da identificação, avaliação e gerenciamento proativo de riscos clínicos como estratégia fundamental. O foco reside na prevenção de eventos adversos e na melhoria contínua da segurança do paciente. A Comissão de Revisão de Prontuário é identificada como um componente crucial para identificar falhas no cuidado, promovendo uma cultura de segurança e contribuindo para a constante melhoria. Segundo uma resolução do CFM, o médico RT deve garantir atividade autônoma das comissões de ética médica e às demais comissões oficiais, como a CRP, para promover pleno funcionamento e correção de equívocos ou erros sistemáticos.

Monitoramento de Desempenho e Gestão de Pessoas

A implementação de sistemas de monitoramento e avaliação **04** do desempenho emerge como um elemento essencial para estabelecer padrões de excelência e proporcionar feedbacks regulares aos profissionais, identificando áreas passíveis de aprimoramento e reconhecendo práticas exemplares. A monitorização do alcance de metas pelos profissionais é central, proporcionando uma visão clara do progresso individual e coletivo. O monitoramento deve avaliar constantemente os procedimentos operacionais e a prática profissional. Em paralelo, é crucial abordar o desempenho insuficiente de maneira construtiva, adotando uma abordagem não punitivista e que estimule a melhoria. Além disso, a supervisão diligente se estende à verificação da correta documentação nos sistemas de registro, assegurando que sejam feitos de maneira apropriada, nos locais corretos e de forma compreensível a todos os envolvidos.

Envolvimento do usuário

05 Podemos abordar o envolvimento de duas formas: a ativa incorporação do paciente no processo decisório, respeitando suas preferências e expectativas (abordagem centrada na pessoa), que deve ser estimulada para que todos os médicos estejam conscientes dos princípios da especialidade; e o envolvimento do usuário enquanto participação na gestão do SUS, sendo de extrema importância e garantida por lei. A formação profissional e os avanços tecnológicos só estão bem representados quando se advoga em favor da população.



Atualização Contínua e Educação Permanente

06 Além de abranger o domínio técnico-científico, a educação em saúde se estende aos aspectos estruturantes de relações e práticas em todos os componentes de interesse social que contribuem para elevar a qualidade de saúde da população. Podemos destacar a promoção de programas educacionais permanentes como uma estratégia essencial para garantir a constante atualização e aprimoramento das competências clínicas. A manutenção de uma atualização constante sobre avanços científicos na área da saúde é crucial para aprimorar continuamente a prática clínica, mas sempre com o crivo da evidência científica. A participação ativa em programas de educação médica, como residências médicas e preceptorias de estagiários de medicina também são formas de contribuir para o avanço coletivo. Também devemos permanecer firmes na produção de subjetividades, estimulando pensamento crítico e o adequado conhecimento do SUS – funcionamento, programas, estratégias, financiamento e importância para a democracia.

Respeito aos Princípios Éticos e Legais

No âmbito da prática médica, é imperativo destacar a fundamental importância do respeito aos princípios éticos e legais como alicerces fundamentais para a prestação de cuidados de saúde de qualidade. O compromisso em resguardar a privacidade e confidencialidade das informações dos pacientes é uma prioridade inalienável. Muitas vezes, principalmente após incorporarmos as – inegáveis – utilidades das tecnologias e das redes de compartilhamento de dados, podemos deixar expostos dados dos usuários. Prezar pela segurança dos dados, orientando o corpo clínico sobre riscos e implicações legais se mostra de extrema importância. A adesão estrita aos princípios éticos da profissão médica reflete-se na busca incessante pela integridade e no respeito irrestrito aos direitos dos pacientes. A responsabilidade legal e administrativa, por sua vez, demanda do médico um profundo conhecimento e rigoroso cumprimento das normativas que regem tanto a prática médica quanto a gestão de serviços de saúde. O respeito aos princípios éticos e legais implica responsabilidade com os usuários e com o serviço.



Transparência e Prestação de Contas

08 A prestação de contas é um ponto importante para o médico RT, pois os esforços empenhados para conseguir qualidade devem ser avaliados e reavaliados, para verificar sua efetividade. Podemos estabelecer dois grupos para os quais devemos prestar contas: a população e o governo. Ao estabelecer práticas transparentes que demonstrem a responsabilidade individual e coletiva com o serviço, promovemos a confiança dos usuários e da comunidade. Atitudes que podem ser úteis para que a população entenda como o serviço funciona, como explicações sobre capacidade de atendimentos por profissional, sistemas de acesso e a carteira de serviços podem ser feitas em “salas de espera”, em reuniões do colegiado gestor, em consultas individuais e até mesmo em reuniões de equipe realizadas no território, com a presença da população. A prestação de contas para a administração municipal também é importante para que, analisando os dados, possamos planejar de maneira estratégica as ações futuras. No município do Rio de Janeiro, uma maneira de prestar contas e planejar atividades é o Accountability, que tem formato de seminário e tem a intenção de avaliar desempenho. Esse seminário de prestação de contas propõe que as próprias equipes relatem ações bem sucedidas e discutam estratégias para que os desafios sejam superados. Algumas das informações que devem estar na apresentação são: primeira consulta de puericultura até 15 dias de vida, cobertura vacinal das crianças de até 2 anos e até 6 anos, registro do colpocitológico para mulheres entre 25 e 64 anos, rastreio para tuberculose de sintomáticos respiratórios e outros dados que conversam com o item de monitoramento de desempenho.

Mediação de Conflitos

O RT deve ter habilidade para lidar com situações conflituosas **09** de forma ética e construtiva, promovendo um ambiente de trabalho saudável. A mediação de conflitos deve ser vista como uma ferramenta para promover um local de trabalho harmônico e deve ser feita de maneira imparcial. Não só em relação a conflitos entre colaboradores, mas também em relação a conflitos com a população e com os níveis de gestão. Por estar em posição de liderança deve se portar como uma pessoa aberta ao diálogo e que promova negociações pacíficas. O registro oportuno das tratativas se mostra estratégia interessante.



06

Regulação ambulatorial

10 A regulação ambulatorial, o tema muitas vezes mais associado ao responsável técnico, tem suas bases e especificações em alguns documentos. A regulação de vagas deve ser executada com coerência e ética, além da necessidade de ser realizada por um profissional tecnicamente capacitado. A secretaria de saúde orienta a reserva de 4 horas semanais para o exercício da regulação e de planejamento de ações para otimizá-la. O RT deve estar sempre atento e atualizado das orientações referentes a regulação, pois novos procedimentos são inseridos, exames mudam de local, fluxos são criados/modificados e etc. A correta orientação para o corpo clínico da unidade, bem como o repasse de informações atualizadas, deve ser compromisso constante. Para a regulação das vagas temos quatro possibilidades: autorizar, agendando para data e horário disponíveis; deixar pendente, quando julgar a solicitação pertinente mas não houver disponibilidade de vaga; devolver, quando for necessário complementar com informações clínicas ou solicitar outras informações; e negar, quando o usuário não estiver na fila correta ou não preencher critérios para aquele procedimento. Importante salientar que a solicitação devolvida que for respondida retorna para a fila no lugar que estava antes, mas a solicitação negada é retirada de vez da fila, sendo necessário inserir novamente caso o solicitante julgue pertinente e preencha os dados clínicos de maneira adequada. As orientações quanto ao local correto de inserção e a classificação de risco devem ser realizadas sempre que se note a necessidade por parte dos solicitantes, respeitando a orientação de: vermelho para até 30 dias, amarelo para até 90 dias, verde para até 180 dias e azul para os que podem aguardar mais que 180 dias. Cabe também ao regulador a troca de prioridade em caso de mudança na clínica (geralmente a pedido do solicitante) ou de discordância em relação ao escrito pelo solicitante. Também é função do RT a realização de capacitações e orientações aos solicitantes e a gestão das filas, observando se existem solicitações acima do esperado para algum exame ou consulta, considerando a capacidade resolutive da APS.



Considerações finais

DE ACORDO COM A OBSERVAÇÃO DAS FUNÇÕES ESPERADAS PARA O MÉDICO RT, BASEADOS NOS DOCUMENTOS OFICIAIS E NA LITERATURA ESPECIALIZADA NO ASSUNTO, PADRONIZAMOS AS BOAS PRÁTICAS DESEJADAS PARA O CARGO, REUNINDO NESTA CARTILHA.

A integração efetiva desses componentes forma uma base sólida para uma governança clínica eficaz, que busca continuamente elevar os padrões de cuidado e promover a excelência na prática médica, intenção inerente ao cargo estudado. Os desafios dessa integração são muitos, como a falta de profissionais com título na área, gerando sobrecarga dos responsáveis técnicos, o acúmulo de funções (associadas à assistência), o papel de referência matricial e as demandas que surgem a cada dia, que são fatores que nos fazem refletir sobre a viabilidade do cargo.

Observando os elementos listados é possível construir uma narrativa sólida sobre a contribuição da governança clínica para a atuação do médico RT que, somando-se ao aumento da atuação do mesmo conforme a ESF foi crescendo, passou a ser profissional de destaque e importância para a melhoria dos cuidados em saúde. Essa integração fortalece a APS enquanto atenção qualificada, resolutiva e promotora de saúde. Com esse documento esperamos preencher uma lacuna e instrumentalizar médicos e gestores para aperfeiçoar a atuação dos responsáveis técnicos na estratégia de saúde da família.

GUIA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO



Referências

1. Pinto LF et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios.
2. Araujo LG, Silva IM. Manual de regulação ambulatorial: diretrizes para a coordenação do cuidado.
3. Gomes GG, Melo EA. A regulação do acesso à atenção especializada pela Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro: coordenação ou competição?
4. Machado LCT. Dimensões da governança clínica na atenção primária à saúde: as contribuições do médico responsável técnico no município do Rio de Janeiro.
5. Santos I, Sá E. Erro médico: Estratégias de governação clínica. *Rev Port Med Geral Fam* [Internet] 1 de Novembro de 2010.
6. Scally G, Donaldson LJ. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England.
7. Ministério da Educação (BR). Matriz de Competências em Medicina de Família e Comunidade
8. Tasca R. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. 2011.
9. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 13 (6).
10. Conselho Federal de Medicina (BR) Resolução CFM nº. 2.007/2013
11. Conselho Federal de Medicina (BR) Decreto 20.931 11 de jan de 1932.
12. Santos AM, Giovanella L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. *Rev. Saúde em Debate*, v. 40.
13. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (BR) Ofício Circular S/SUBPAV/SAP nº 09/2018. Rio de Janeiro, 23 de maio de 2018.
14. Conselho Federal de Medicina (BR) Resolução CFM nº. 2.147/2016
15. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (BR) Ofício Circular S/SUBPAV/SAP nº 10/2011. Rio de Janeiro, 15 de abril de 2011.
16. Gomes R et al. A Polissemia da Governança Clínica: uma revisão da literatura. *Rev. Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2014/Out).
17. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: revista de saúde coletiva*. Rio de Janeiro. Vol. 14, n. 1 (2004), p. 41-65
18. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Princípios e Diretrizes para NOB/RH-SUS. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
19. Ministério da Saúde (BR). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2014.
20. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (BR). Apresentação de modelo S/SUBPAV/SAP. Portfólio Unidade de Atenção Primária 2023. Rio de Janeiro, 2023.
21. Brasília (BR). Senado, 1990. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1.
22. Macedo JFS, Oliveira PR. Potencialidades da reunião de equipe no território: um relato de experiência de uma residente de Medicina de Família e Comunidade no Rio de Janeiro. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 14º de dezembro de 2023 [citado 18º de janeiro de 2024];18(45):3878.
23. Matus C. El plan como apuesta. *Rev. PES (Planeación Estratégica Situacional)*. Caracas, Venezuela: Fundación Altadir, n. 2, p. 9-59, abril de 1993.
24. Nascimento DMM. Mediação de conflitos na gestão da saúde (médica, clínica e hospitalar): humanização do direito médico. *Cad. Ibero Am. Direito Sanit.* [Internet] 6º de abril de 2020.
25. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, RJ (BR). Plano Municipal de Saúde: PMS 2014-2017 [livro eletrônico]. Rio de Janeiro, 2013.