

# O PROCESSO DE TRABALHO DA REGULAÇÃO PARA GARANTIR O ACESSO À ASSISTÊNCIA NO SETOR PÚBLICO DE SAÚDE<sup>1</sup>

Roseana de Jesus Ferreira<sup>2</sup>

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa objetivando analisar o processo de trabalho da Regulação do Acesso à Assistência no setor público de saúde visando compreender de que forma é organizado o processo de fluxo de demanda e de que forma os serviços são ofertados aos usuários através da regulação. O artigo pretende compreender os problemas vivenciados pelos usuários na aquisição dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde no setor público de saúde. O estudo foi realizado com busca nos artigos científicos utilizando a base LILACS, BVS, SciELO utilizando o DeCs para então encontrar os descritores para iniciar a metodologia. Por ser um instrumento de discrição entre a oferta e a demanda, a regulação busca aprimorar os recursos disponíveis, qualificar a atenção, manter o elo entre as redes buscando uma boa comunicação para que haja um bom desempenho do processo regulatório prestando um serviço com eficiência, eficácia e efetividade e também o acesso da população as ações e os serviços de saúde.

**Palavras-chave:** Administração dos serviços de saúde - Brasil. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Regulação.

## ABSTRACT

This is a qualitative research aiming to analyze the work process of Regulation of Access to Assistance in the public health sector in order to understand how the demand flow process is organized and how services are offered to users through regulation. . The article aims to understand the problems experienced by users in the acquisition of services offered by the Unified Health System in the public health sector. The study was performed searching the scientific articles using the LILACS, VHL, SciELO database using the DeCs and then finding the descriptors to start the methodology. As a tool of discretion between supply and demand, regulation seeks to improve available resources, qualify attention, maintain the link between networks seeking good communication so that the regulatory process can perform well by providing an efficient service, effectiveness and effectiveness and the population's access to health actions and services.

**Keywords:** Health services administration - Brazil. Unified Health System (Brazil) - Regulation.

---

<sup>1</sup> Trabalho de conclusão de curso, apresentado ao curso de Especialização em Gestão em Saúde, da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB), sob a orientação da Prof. Francisco Wilson Ferreira da Silva.

<sup>2</sup> Pós-graduanda em Gestão em Saúde pela Universidade Internacional da Lusofonia Afro-brasileira (UNILAB)

## 1 INTRODUÇÃO

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências define que o controle, a avaliação e a fiscalização das ações e serviços de saúde são competências dos gestores dos SUS.

Entretanto, o acesso à saúde era praticamente resumido aos contribuintes do sistema de previdência e assistência social, onde essas pessoas eram atendidas como beneficiárias ou asseguradas. Os demais não contribuintes com a previdência tinham atendimentos restritos que limitava os serviços assistenciais de saúde que lhes eram ofertados.

A construção do SUS, por meio da Constituição de 1988, possibilitou que a saúde passasse a ser reconhecida como um direito social a ser contemplada por políticas públicas seguindo um modelo-social democrata que é um dos regimes de proteção social mais amplo. Assim o Estado democrático trouxe o modelo regulatório com a elaboração ordenada de normas, onde traz a Constituição cidadã e as leis orgânica da saúde, que dá direito ao Estado a capacidade de assegurar o sistema de saúde.

A sua criação rompeu o modelo de seguro social dos vínculos trabalhistas formais da população, onde a seguridade social passa a estruturar a organização bem como o formato da proteção social brasileira, onde a legislação determina que o SUS passa a ter a participação, descentralizada das três esferas de governo em rede articulada, regionalizada e hierarquizada, descentralizada sendo esferas com direção única.

Por outro lado, essa desarticulação nos serviços de saúde dificultou o estabelecimento de referências pactuadas onde barreiras foram criadas burocratizando ao acesso da população às ações e serviços, mesmo com o aumento da rede nos últimos anos.

Segundo Mendonça et al. (2006) , no setor de saúde a regulação é compreendida como ação social abrangendo ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção de bens e serviços em saúde.

O governo tem a capacidade de exigir o cumprimento de suas decisões sobre os instrumentos de regulação, podendo esses instrumentos serem agrupados em duas categorias básicas, com estratégias e ferramentas que poderão ser combinados em diversas modalidades.

Em se tratando das ações do SUS, esses instrumentos norteiam aos gestores que por sua vez tem o poder de acompanhar e fiscalizar a implementação das políticas do setor através de Conselhos de Saúde e também instâncias formais de controle, regulação e avaliação.

O processo de construção dos mecanismos regulatórios passou por séries de

normatizações onde foram definidas na Lei Orgânica da Saúde Lei n. ° 8.080/1990, regulamentada pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2001-2002), posteriormente na edição do Pacto pela Saúde (2006) que juntos fundamentaram o sistema de planejamento, controle, avaliação e regulação do SUS dentro das três esferas de governo e também nos níveis de assistência (União, Estado e município).

Criado em 2008, a Política Nacional de Regulação do Ministério da Saúde objetiva, principalmente, promover o acesso equânime, universal e integral dos usuários ao SUS. Não em uma lógica meramente financeira, a regulação em saúde contribui para otimizar a utilização dos serviços, em busca da qualidade da ação, da resposta adequada aos problemas clínicos e da satisfação do usuário, sem que haja, para tanto, a fragmentação do cuidado (Brasil, 2008).

O processo regulador passou por desafios que precisava ser dinâmico, avaliados e consequentemente melhorados, trazendo melhor interatividade entre bens e serviços em saúde.

Muitos, ainda, são os desafios enfrentados por pacientes do SUS que dependem deste sistema regulador: enfrentam uma dura realidade na espera da oferta do serviço, que passa por um processo criterioso onde a demanda é extensa e a priorização da vaga para usufruir do atendimento se torna cada vez mais escassa, podendo o paciente chegar a esperar por um ano na fila, o que pode ocasionar o agravamento no problema de saúde ou até mesmo leva-lo ao óbito.

Mediante a este relato, gerou-se a inquietação norteadora para a pesquisa: Como o complexo regulador das centrais de Regulação organiza o processo de trabalho para garantir o acesso ao usuário às vagas aos serviços de saúde?

Para responder a essa indagação tem-se como objetivo geral: Compreender e descrever o processo de fluxo da demanda na regulação assistencial no setor público de saúde, para garantir o acesso ao usuário apresentado em artigos científicos.

E como objetivos específicos: Descrever a organização do processo e controle no preenchimento das vagas hospitalares; identificar os fatores facilitadores e dificultadores nesse processo dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS.

A escolha desse tema surge na tentativa de poder compreender o enorme agravante que é a dependência dos usuários na busca por especialidades na aquisição dos serviços ofertados pelo SUS através da regulação descrevendo o processo de trabalho que possibilitam as atuações dos gestores quanto às responsabilidades sanitárias dos entes federados, municípios, estados e Ministério da Saúde que busca melhorar o acesso do cidadão a esses serviços do prestados do SUS.

Neste segmento esta pesquisa foi fundamentada nas ideias e concepções de autores e

normativos regulamentadores da temática aqui apresentada, com destaque para a NOAS 2001-2002 e Pacto da Saúde (2006), dentre outros, com a finalidade de obter maiores informações, tendo por visio o aprofundamento das discussões acerca do assunto.

O trabalho será estruturado da seguinte forma: 1) Introdução. Apresentando contexto, problemática, justificativa e objetivo; 2) Revisão de Literatura, descrevendo a fundamentação teórica relacionada ao tema; 3) Metodologia, descrevendo as etapas que serão utilizados para avaliar o tipo de estudo bem como a análise de documentos ;4). Resultados e discussões Apresentando os resultados coletados e suas respectivas discussões fazendo um completo com citações; e 5) Considerações finais. Apresentando as conclusões do autor acerca do alcance dos objetivos, confirmação da hipótese apresentada e as respostas obtidas para responder a problemática apontada no começo. Por fim, as referências que deram suportem à sua elaboração.

## **2 A REGULAÇÃO EM SAÚDE**

A regulação em saúde é um termo advindo da economia, em geral é entendido como a intervenção do estado para alcançar a otimização na alocação e nas distribuições de recursos.

Pode ser vista como influência deliberada e propriamente dita do Estado em qualquer área ou setor que influencie a sociedade. Ao utilizar-se da regulação, o Estado, define regras e critérios de organização e prestação de serviços, para a atuação dos mercados (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

O Estado é um complexo regulador que assume papéis essenciais, teoricamente em função do interesse público e do bem comum, acarretando uma contradição marcada por uma sociedade com classes sociais divididas, mas com interesses distintos.

Esse conceito significa o controle sobre as falhas de mercado, observando-se os dois polos em ambiente de mercado que é a oferta e a demanda. Inicia-se o debate no campo de ação do setor de saúde com o escopo da atividade regulatória, sendo voltada para o mercado de planos e também segura de saúde. No campo do SUS, ela visa ordenar a relação entre as necessidades dos usuários e a capacidade de ofertas de sistemas e serviços.

A regulação dos Sistema de Saúde, entendendo o Sistema como redes de atenção e a forma como estas redes interagem e se articulam, permite um olhar continuado entre os diversos níveis de atenção, buscando garantir que cada ator envolvido cumpra sua parte. Nesta concordância, as redes devem ser configuradas como permuta de ações

entre as unidades e prestações de serviços de saúde que satisfaçam as necessidades dos usuários (MENDES 2010; REGNER,2016).

A saúde também pode ser vista como um dos diversos setores de atividade econômica e sendo assim do mercado, podendo apresentar falhas onde justifica-se a intervenção do Estado. Se tratando de um sistema ideal, a oferta e a procura são quem definem os preços dos bens e serviços que são produzidos e distribuídos em condições de perfeita competição.

A Regulação aqui no Brasil passou a ser empregado, após o advento das agências reguladoras federais, na década de 1990, devido ao processo de privatização e desestatização, onde houve a consequente transferência ao setor privado de serviços públicos até então executado diretamente pelo Estado.

Segundo Castro (2002), o Estado tem a função reguladora fundamental para harmonizar e articular a oferta e a demanda, pois a intervenção estatal na saúde é a única forma de otimizar a alocação dos recursos escassos que estão disponíveis para a sociedade.

A regulação inclui tanto o ato de regulamentar e elaborar leis, regras ou normas, quanto as ações e técnicas que asseguram o cumprimento dessas leis, quais sejam, fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações. Visto dessa forma a regulação não só controla o cumprimento das Leis buscando a proteção dos indivíduos e comunidades carentes como também controla a qualidade desses serviços. (SCHILLING, 2006)

O termo “regulação” refere-se aos serviços que funcionam sob concessão do Estado para suprir necessidades da população, e o papel do Estado, ao se utilizar da regulação, define os critérios de organização e prestação dos serviços, estabelecendo as prioridades e regras para atuação dos mercados. (VILARINS, 2012).

O governo intervém na regulação através de regras, normas e leis, no mercado de prestação de serviços de saúde, ou então, no sistema de saúde. Há uma grande variedade de mecanismos incorporados na regulação, desde atos legislativos até requisitos e exigências que são colocados administrativamente.

Segundo Baldwin; Cave (2002),

O modelo regulatório depende da situação a ser regulada. Ao longo do tempo, a implantação do Sistema único de Saúde vem passando por inúmeras transformações no aprimoramento da sua gestão, como desafios houve a necessidade de estruturar as ações da regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS”. Com isto, esse processo envolve o aprimoramento e também a integração dos processos de trabalho por meio dos instrumentos de gestão SUS, com a finalidade de garantir a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde com a regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde.

Dessa forma, esse processo engloba o aprimoramento e a integração dos processos de

trabalho fortalecendo os instrumentos de gestão do SUS, com foco em garantir a organização das redes e fluxos assistenciais, buscando prover o acesso equânime, integral e também a qualificação dos serviços.

Após as leis orgânicas da saúde, foram implantadas as Normas Operacionais Básicas (NOB), essas normas vieram para normalizar o processo de descentralização e organização do SUS. A NOB 93 e 96 promoveu a integração das três esferas de governo e com isto desencadeou um processo de descentralização intenso onde transferiu para os estados e, principalmente, para os municípios um conjunto de responsabilidades com recursos para a operacionalização do SUS que antes era concentrado no governo federal.

A Política Nacional de Regulação SUS foi instituída através do Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, institui a Política Nacional de Regulação do Sistema de Saúde, compreendendo 3 dimensões: Regulação de Sistema de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde; e a Regulação do Acesso à Assistência (regulação do acesso ou regulação assistencial).

A Regulação de Sistema de Saúde é definida através dos princípios e diretrizes do SUS; são também macrodiretrizes para a regulação da atenção à saúde e compreende ações de monitoramento, controle, auditoria e vigilância desses sistemas. Essas ações são comportadas através do gestor federal em relação a estados, municípios e setor privado não vinculado ao SUS; gestor estadual em relação aos prestadores; e autorregulação de cada um dos gestores.

A Regulação da Atenção à Saúde é responsável pelas ações diretas e finais de atenção à saúde. Essa regulação consiste em uma organização de estruturas, tecnologias e ações dirigidas aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados, de acordo a pactuação que foi estabelecida no termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. As ações que compreendem essa regulação são a contratação, a regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e também as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária.

A Regulação do Acesso à Assistência é direcionada à promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado, ocorrendo através do controle do fluxo da demanda por assistência à saúde isto em todas as unidades prestadoras de serviços, redimensionamento da oferta, diminuição ou expansão, seguindo de acordo com as necessidades da população. A Regulação Assistencial é uma das macrofunções a serem desempenhadas pelo gestor estadual.

Segundo o CONASS (2006), a regulação assistencial é prerrogativa do gestor, já a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador. Por tanto, ao regular o acesso baseado nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxo assistenciais definidos previamente, a

regulação também exercerá a função de orientar os processos de programação da assistência, como também o planejamento e a implementação das ações indispensáveis para melhorar o acesso.

A partir de 2001, em um contexto de regionalização, a regulação da assistência aprofunda-se, introduzindo o conceito de “regulação assistencial” ou de “regulação do acesso às urgências.” Em 2006, ganha força com o Pacto pela Saúde, que institui diretrizes para a consolidação de processos de regionalização, a partir de instrumentos de planejamento e programação, que orientavam a descentralizavam, e da reorganização da gestão e regulação do sistema de saúde (CONASS,2011; MACHADO,2007).

Para que possa ter uma garantia da integralidade do acesso são necessários operações de mudanças na produção do cuidado começando pela rede básica, secundária, da atenção à urgência e também atenção hospitalar, onde integra todos os recursos disponíveis no Sistema de Saúde através de fluxos direcionados de capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias que são necessárias à assistência e ao restabelecimento de sua economia.

O modelo de regulação pública para vários autores é apontado com maior ênfase em ações de natureza punitivas, já para outras apresentar um modelo de regulação compreensiva com bases emoções educativas. O modelo regulatório adotado depende de a situação ser regulada, da concepção do agente regulador e basicamente do ambiente organizacional dos prestadores de serviços pendente regular (BALDWIN; CAVE,2002).

Segundo Farias (2011), a regulação é imprescindível e sua finalidade é assegurar que se atinjam os grandes objetivos sociais do sistema de saúde, equilibrando as numerosas falhas do mercado e/ ou falhas do governo que caracterizam esse setor.

A regulação assistencial é prerrogativa do gestor e a regulação do acesso é delegada pelo gestor ao regulador. Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso (CONASS,2011).

Segundo Rechel et al (2011) para tanto, a regulação do acesso foi utilizada como instrumento de gestão sobre os prestadores de serviços em saúde para se estabelecer um sistema de financiamento sustentável.

### **3 METODOLOGIA**

Para a realização deste estudo, optou-se pela revisão integrativa da literatura. Trata-se de método de revisão específica que permite a inclusão de diversos delineamentos de pesquisas (experimentais, quase-experimentais e não experimentais), abrangendo a literatura teórica e empírica, constituída por seis etapas: identificação do problema ou questionamento, estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de artigos (seleção da amostra), definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise das informações, interpretação dos resultados e apresentação da revisão.

Este estudo teve como pergunta de pesquisa Como o complexo regulador das centrais de Regulação organizam o processo de trabalho para garantir o acesso ao usuário as vagas aos serviços de saúde?

Para a busca dos artigos científicos, realizada entre os meses agosto a novembro de 2019, foram utilizadas a base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), mais importante e abrangente índice da literatura científica e técnica da América Latina e Caribe, no Portal BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Para este estudo foi utilizado o DeCS – Terminologia em Saúde, da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e MeSH, onde foram encontrados os seguintes descritores: “Regulação” (Social Control, Formal); “Organização” (organization & administration); “Gestão em Saúde ” (Health Management ); “SUS” (Unified Health System ); utilizando-se agrupamento dos descritores utilizando o booleano and.

A busca dos estudos selecionados nas referidas bases de dados ocorreu de forma on-line. Os descritores foram combinados de diferentes formas para garantir uma busca ampla, cujas combinações estão descritas na tabela 1 mostrada a seguir:



**Tabela 1** - Cruzamentos entre os descritores utilizados nas bases de dados LILACS, BVS e SciELO (2009-2019). São Francisco do Conde, BA, Brasil. 2019

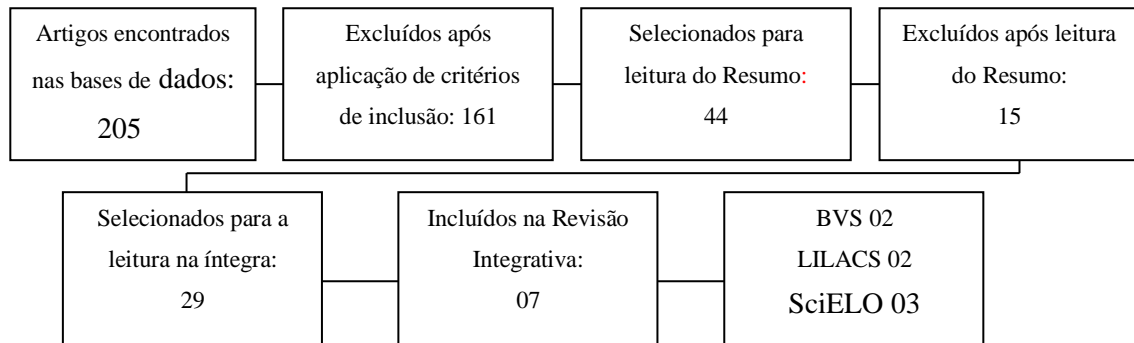
Base de dados	Cruzamentos dos descritores	Nº
LILACS	Organização and gestão em saúde and regulação and sus	06
LILACS	Gestão em saúde and regulação and sus	07
LILACS	SUS and organização and regulação	06
LILACS	Regulação and gestão em saúde	07
LILACS	SUS and regulação and gestão em saúde	07
BVS	Organização and gestão em saúde and regulação and sus	08
BVS	Gestão em saúde and regulação and sus	10
BVS	SUS and organização and regulação	08
BVS	Regulação and gestão em saúde	10
BVS	SUS and regulação and gestão em saúde	10
SciELO	Organização and gestão em saúde and regulação and sus	02
SciELO	Gestão em saúde and regulação and sus	33
SciELO	SUS and organização and regulação	09
SciELO	Regulação and gestão em saúde	82
SciELO	SUS and regulação and gestão em saúde	33

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Foram encontradas 46 publicações na BVS, das quais 33 na base de dados LILACS e 159 na SCIELO. Mediante a leitura criteriosa do título e resumo on-line, obteve-se 44 artigos. Posteriormente à leitura na íntegra das publicações, aplicando-se os critérios de inclusão e o descarte dos artigos que se repetiam, a amostra final foi constituída por 7 artigos científicos, dos quais 2 foi encontrado na BVS, um 2 na base de dados LILACS, na 3 SCIELO.

Segue abaixo fluxograma onde é mostrado o processo de seleção dos artigos.

**Figura 1** - Fluxograma do processo de seleção dos artigos que compuseram a amostra deste estudo



Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados na literatura nacional, que retratassem a temática em voga, publicados nos últimos 10 anos.

Crítérios de exclusão: duplicados e que não respondessem a questão de pesquisa. Em virtude das características específicas para o acesso das três bases de dados selecionadas, as estratégias utilizadas para localizar os artigos foram adaptadas para cada uma, tendo como eixo norteador a pergunta e os critérios de inclusão da revisão integrativa, previamente estabelecidos para manter a coerência na busca dos artigos e evitar possíveis vieses.

A partir dos resultados encontrados após a busca dos estudos e obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão apresentados, foi realizada a leitura do título e do resumo de cada artigo científico a fim de verificar a sua adequação com a questão norteadora da presente investigação.

A extração dos dados dos duzentos e cinco artigos científicos selecionados foi executada por meio de um formulário contendo a caracterização dos estudos científicos de acordo com as informações: título do artigo, ano de publicação, local do estudo, base de dados, delineamento metodológico e nível de evidência. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva, o que permitiu a avaliação do nível e qualidade das evidências disponíveis acerca do processo de organização da Central de Regulação do SUS para garantir o acesso ao usuário apresentado nos artigos científicos, além de identificar as lacunas do conhecimento para o desenvolvimento de futuras pesquisas.

Para realizar a classificação do nível de evidencia dos trabalhos foi empregada a categorização da *Agency for Health care Research and Quality* (AHRQ). A qualidade das evidências são classificadas em seis níveis, a saber: nível 1 – metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2 – estudo individual com delineamento experimental; nível 3 – estudo com delineamento quase-experimental como estudo, sem randomização com grupo único pré e pós-

teste, séries temporais ou caso-controle; nível 4 – estudo com delineamento não experimental, como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos; nível 5 – relatório de casos ou dados obtidos de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6 – opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Dos 07 artigos selecionados de acordo com a temática desse estudo, um foi publicado no ano 2010, um no ano de 2011, dois no ano de 2012, um no ano de 2015 e dois no ano de 2016.

No que se refere ao delineamento do estudo a pesquisa qualitativa foi base para 5, tendo nível de evidência 4.

Com a finalidade de facilitar a exposição dos estudos incluídos nesta revisão, os mesmos foram agrupados na tabela 2, a partir do título, ano de publicação, local de estudo, delineamento e nível de evidência científica, ordenadamente em sequência alfanumérica de A1 a A7.

**Tabela 2** - Caracterização dos artigos selecionados conforme título, ano de publicação, local de estudo, delineamento e nível de evidência científica (N=4). São Francisco do Conde, BA, Brasil. 2019

Nº	Título	Ano	Local do estudo	Delineamento	Nível de evidência
A1	O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores	2010	São Paulo, SP	Descritiva / exploratória	4
A2	A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção	2011	Rio Janeiro, RJ	Descritiva / exploratória	5
A3	Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação	2012	Rio de Janeiro, RJ	Descritiva / exploratória	4
A4	A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais	2012	Rio de Janeiro, RJ	Descritiva / exploratória	4
A5	De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial	2015	São Paulo, SP	Quantitativo	4
A6	Regulação em saúde: desafios à governança do SUS	2016	Goiânia /GO	Descritiva / exploratória	4
A7	A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistemas único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios	2016	Rio de Janeiro, RJ	Quantitativo	3

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Afirmam Ferreira et al. (2010):

A oferta de vagas é menor do que a capacidade instalada das unidades municipais, estaduais, federais e conveniadas ao SUS; a regulação de consultas e procedimentos eletivos era praticamente inexistente, ficando a cargo do paciente quando recebia o encaminhamento se dirigir até as unidades de saúde para conseguir vagas para o procedimento desejado do usuário. Acredita-se que isto para o paciente gera transtornos que podem ocasionar em percas de dias trabalhistas, profunda inequidade de acesso, além de filas imensas para o agendamento e ocorrendo disputa de vagas.

Após a criação da coordenação de Policlínicas e o fortalecimento da atividade regulatória da subsecretaria geral, através da reforma organizacional da SMS, foi possível a utilização de um sistema Nacional de Regulação do Ministério da Saúde para um número maior de unidades. No entanto, os procedimentos eram feitos de maneira centralizada, gerando um elevado tempo de espera às demandas e com regulação automática pelo próprio sistema informatizado, fragilizado o que dificultava avaliar o tempo de espera e a distância das residências o que permitia agendamentos desordenados não fornecendo proteção e controle para encaminhamentos desnecessários.

Os autores afirmam que, se tratando do caso específico da regulação do acesso, a constituição da rede de atenção torna-se indispensável para que as ações regulatórias sejam programadas e também se processem em função dos problemas identificados no território onde a preferência é pela atenção básica; a rede é constituída com estrutura complexa e para que ocorra integração funcional e solidária, o caráter complementar e integrador das ações que são desenvolvidas pelos diferentes sujeitos e pontos de atenção devem ser considerados.

Outro fator segundo os autores, o que ocasiona problemas com a regulação do acesso é a comunicação entre os pontos de redes, variando desde dificuldades estruturais, despreparo e descompromisso de alguns trabalhadores, a insuficiência e pouca compreensão de informações pelas equipes do próprio Cr, das unidades solicitantes e executantes e também os usuários.

No entanto segundo os autores, é preciso também ter a descrição pormenorizada e a quantificação da oferta disponível ou necessária, que é o suporte para toda a programação de saúde, a ação regulatória não se concretizaria.

Acredita-se que a centralização da gestão do processo regulatório favorece o conhecimento e visualização da rede como um todo, suas demandas, debilidades, fortalezas, possibilidades de programação e aspectos de seu controle, tornando-se importante fomentador da prática avaliativa.

Na opinião Gawryszewski et al.(2012), uma política de regulação pautada pelo cuidado integral deve programar ações meios que facilitem a boa terminalidade das ações de atenção, pautada em: assegurar o acesso aos exames dos usuários na atenção básica; agilizar no processo de autorizações; e garantir os acessos dos usuários às consultas médicas terapias e exames.

Afirma-se que a medida que a regulação assistencial busca organizar a oferta dos serviços, exige também que sua interface vá além dos sujeitos envolvidos na ação, perpassando a pactuação com serviços públicos e com os serviços privados, sendo esses últimos identificados como necessário a complementação assistencial; expressa a escassez de recursos existentes na rede do SUS, o que mostra como uma grande barreira ao acesso a ações e serviços

necessários ao atendimento das necessidades de saúde da população; a maior demanda reprimida enfrentada pelas centrais é de leitos de unidades fechadas ou, mais especificamente, leitos de CTI; os autores afirmam que não há equidade na distribuição e no acesso aos leitos disponíveis, onde percebe-se a carência no setor público e excesso no setor privado.

Gawryszewski et al. (2012) afirma, que o cotidiano, no entanto, mostra que o pressuposto de existência de uma porta de acesso por meio da rede básica de saúde é fictício e, na verdade, representa a imposição de diversas barreiras ao acesso da população aos serviços. Segundo os autores não há esgotamento dos recursos no primeiro nível de atenção antes do encaminhamento para níveis mais complexos são situações frequentes e caracterizam a pouca utilização da tecnologia leve e a queima de etapas no processo de cuidado em saúde.

A central de leitos de alta complexidade não dá conta da demanda altíssima, onde a governabilidade ao se deparar com uma necessidade, não cria automaticamente soluções de reorganização do sistema.

Os autores afirmam também, que há uma desresponsabilização de profissionais das unidades de emergência, que realizam a solicitação de vaga à central praticamente na chegada do paciente à unidade, mesmo antes de uma estabilização do quadro.

Outros problemas na regulação do acesso são poucos recursos disponíveis e a demanda altíssima; mau funcionamento das rotinas de trabalho definidas acarretando iniciativas pessoais de responsabilização e resolução às demandas que são apresentadas através dos usuários.

Afirmam os autores que é prática das centrais, a todo momento, é buscar a melhor alternativa assistencial; no entanto, os mecanismos formais, organizativos e pactuados são incapazes, isoladamente, de responder às necessidades impostas cotidianamente.

De acordo com Pinto et al.(2016), a incipiência da oferta assistencial no Sistema Nacional de Regulação em determinado município implica diretamente na eficiência do atendimento ao usuário, uma vez que a classificação de risco e o tempo de espera são fundamentais para que haja a eficácia do tratamento.

Nos resultados destes estudos, o SISREG, se bem utilizado, permite alta transparência das disponibilidades de vagas, porém não viabiliza a regionalização da oferta de procedimentos regulados o qual deixa a cargo do regulador a seleção do local onde o paciente será atendido; a oferta de vagas para a regulação é bem menor do que a capacidade instalada das unidades assistências devido a falta de atualização das agendas dos profissionais no SISREG gera grandes variações no tempo médio de espera ao longo dos meses; os tempos de espera não são exclusivamente um problema de oferta, uma vez que existem países com altos níveis de gastos, leitos ou médicos que têm longos tempos de espera.

No ponto de vista de Baduy et al.(2011), um dos problemas que dificulta a qualificação da atenção que podem gerar fila de espera é o critério utilizado para inserção na lista de espera e acesso às vagas de forma cronológica, onde foi constatado que muitos encaminhamentos são incompletos e repetidos, usuários que desconhecem o encaminhamento, usuários que já havia resolvido seu problema de outras formas, casos urgentes perdidos na fila, resume-se em uma fila de espera com informações insuficientes, desatualizadas e organizadas de modo a não atender às necessidades do usuário, em garantir o acesso aos serviços em tempo adequado e oportuno.

Ainda em estudo desenvolvido por Baduy et al.(2011), para que haja um avanço na conquista da integralidade, há necessidade de arranjos que articulem a regulação com a efetiva produção da rede de cuidados. Isto é, dispositivos que atuem na articulação e coordenação da rede que está em constante movimento e transformação.

Na opinião de Vilarins et al.(2012), na área da saúde, a literatura demonstra que, se tratando do aspecto da oferta, a regulação busca a disponibilização de serviços e recursos assistenciais adequados às necessidades da população, baseando-se em critérios epidemiológicos, mas que ainda encontra-se incipiente no SUS.

Se tratando da demanda, no ponto de vista desses autores a regulação busca qualificá-la, disponibilizando o serviço de saúde que é mais adequado ao usuário, em momento oportuno, equânime, e pautado por critérios de priorização de riscos, o que também requer aprimoramentos. Sendo assim, o processo regulatório deverá estabelecer um redimensionamento da oferta, qualificando a utilização dos recursos assistenciais e financeiros e coibindo fluxos paralelos, baseados em relações pessoais e outros critérios não científicos ou não pactuados.

De acordo com Albieri et al.(2015), uma central de regulação só pode exercer efetivamente o seu papel, pautado pela equidade, se houver oferta disponível para atender a todas as solicitações em tempos clinicamente sustentáveis, sendo que tudo fica mais difícil quando é necessário lidar com longas esperas do SUS. Acredita-se que é importante manter uma política pública da regulação do acesso descentralizada.

Afirmam Barbosa et al.(2016), que a integração entre as políticas de Regulação e Atenção às Urgências representa, hoje, um enorme desafio na construção do sistema de governança para SUS, pois impõe exigências em relação à expertise para desenvolvimento no âmbito da regulação, que abrangem: investimento em tecnologia da informação; capacidade de contratualização; provisão de recursos para investimento na ampliação de serviços na rede pública; desenvolvimento de competências no campo da avaliação em saúde, com ênfase na

capacidade resolutiva dos sistemas regionais; implementação de financiamento para atenção às urgências com foco no financiamento global; desenvolvimento de projetos de corte intersetorial para a redução dos riscos que incidem sobre a demanda na área da urgência.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Regulação do Acesso à Assistência aliada a outros componentes do sistema de saúde pode garantir de forma equânime o acesso da população aos serviços de saúde, buscando alternativa assistencial que seja adequada para as necessidades identificadas dos usuários do SUS.

Para isto, é preciso o desenvolvimento de processos de regulação, para maior alcance de eficiência, eficácia e efetividade dos sistemas que possam garantir cada vez mais o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

No entanto, a regulação tem a capacidade de intervir nos processos de serviços, alterando e também orientando sua execução e para isto conta com o Sistema Único e Saúde que dá suporte à efetivação dessa política de saúde no Brasil, traduzindo em ações, os princípios e diretrizes dessa política.

Enfim, notou-se que são muitos os desafios no controle para um melhor desempenho nas ofertas de vagas através da regulação assistencial, e para a boa efetivação é preciso: ofertas de vagas adequadas aos números de unidades de saúde instaladas; constituição de rede de atenção e sua descentralização; comunicação entre os pontos de redes; descrição entre os pontos de redes; descrição pormenorizada e a quantificação da oferta disponível ou necessária; leitos de alta complexidade adequados às demandas; maior responsabilização por parte de alguns profissionais das unidades de emergência; recursos disponibilizados de acordo a demanda de usuários.



## REFERÊNCIAS

- ALBIERI, F. A.O.; CECILIO, L. C. de O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde*. São Paulo. Volume 39 N° spe Páginas 184 – 195, Dez 2015.
- BADUY, R.S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. Volume 27 N° 2 Páginas 295 – 304, 2011.
- BALDWIN, R.; CAVE, M. **Understanding regulation: theory, strategy, and practice**. 2nd. ed. New York: Oxford University, 2002
- BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva**. Goiânia-GO. Vol. 24 N° 1 Páginas 49 -54, 2016.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 1.559, de 1 de agosto de 2008. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS**. Diário Oficial da União, Brasília, 2 ago. 2008.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília, p. 18055.
- BRASIL Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/02**. Diário Oficial da União, Brasília, 28 fev. 2002
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto**. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006.
- CASTRO, J.D. **Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais**. *Sociologias*. Porto Alegre, v.4, n.7, p. 122-135, 2002.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Relatórios da oficina de trabalho do CONASS-Sistema de informação para a regulação de acesso**. Nota técnica n. 6- Brasília, 2006.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Regulação em Saúde.In:Coleção Para Entender a Gestão do Sus**.Brasília:CONASS, 2011.Disponível em [http:// www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao\\_2011/livro\\_10.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao_2011/livro_10.pdf).
- FARIAS, S.F. *et al.* A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Rev. Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro. [online], v.16, n.1, p.1043-1053, 2011.
- FERREIRA, J.B.B. et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**.,São Paulo. v.14, n.33,

p.345-58,abr./jun. 2010.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B. et al. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Vol. 22 N° 1 Páginas 119 – 140, 2012.

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA. L. **Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Política e Sistema de Saúde no Brasil**. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. 2.ed. rev. e amp;2014. p.89-120 Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

MACHADO, C. V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cadernos de Saúde Públicas**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126,2007.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 5, p. 2297-23,05, ago. 2010.

MENDONÇA, C.S.; REIS, A.F e MORAES, J. C. **A política de regulação do Brasil.Brasília:Organização Pan-Americana da Saúde**, 2006. Pág. 35-50.

PINTO, L. F.; SORANZ, D.; SCARDUA, M. T.; SILVA, I. de M. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.22, n.4, pp.1257-1267, 2016.

RECHEL, B.; BLACKBURN, C.M.; SPENCER, N.J. **Regulatory barriers to equity in a health system in transition: a qualitative study in Bulgaria**. Biomedical Central Health Service Research, London, v.11, n. 219, p. 1-10, 2011

REGNER, A. P. **Entendendo a Regulação Assistencial como estratégia de Tradução do cuidado nos cenários do SUS**. In; JUNG, G. Regulação do Acesso e da Atenção à Saúde nos serviços públicos: conceitos, metodologias, indicadores e aplicações. Porto Alegre: Moria Editora, 2016. P.32-89.

SCHILLING. C. M.; REIS, A. T.; MORAES, J.C. (orgs.). **A política regulação do Brasil**. Brasília: OPAS, 2006. 116 p

VILARINS, G. C. M. et al. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.