



UNILAB

**UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-
BRASILEIRA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO EM SAÚDE**

WEDJA MORGANA DE CARVALHO SILVA MARTINS

**Regulação em saúde, instrumento de gestão do SUS na promoção do
acesso: Uma Revisão Integrativa**

REDENÇÃO

2018

WEDJA MORGANA DE CARVALHO SILVA MARTINS

Regulação em saúde, instrumento de gestão do SUS na promoção do
acesso: Uma Revisão Integrativa

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde da Família da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Helson Freitas da
Silveira

REDENÇÃO

2018

WEDJA MORGANA DE CARVALHO SILVA MARTINS

Regulação em saúde, instrumento de gestão do SUS na promoção do
acesso: Uma Revisão Integrativa

Monografia julgada e aprovada para obtenção do título de Especialista em Gestão em
Saúde da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Helson Freitas da Silveira
(Orientador)

Prof. Dr. Howard Lopes Ribeiro Junior

Prof.^aMsc. Ana Christina de Sousa Silveira

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade de realizar o curso de Gestão em Saúde bem como pelo seu auxílio durante todo o percurso do mesmo.

À minha família, pela inspiração e encorajamento em todos os momentos, e por não medir esforços para que esta etapa se concretizasse.

Aos meus colegas de trabalho da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, em especial a minha chefe Andreia Paula de Oliveira Aguiar pelos incentivos e apoio.

A todos os professores e equipe da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil pelo empenho em repassar seus conhecimentos.

LISTA DE TABELAS

Quadro 1: Apresentação da síntese de estudos quantitativos quanto aos autores, ano, objetivos e periódico avaliado	13
---	----

SUMÁRIO

ABSTRACT	7
1 INTRODUÇÃO	9
2 MÉTODO	12
3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	13
3.1 CONCEITUAÇÃO E FORMATO DA REGULAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL	14
3.2 ALCANCES E LIMITES DO PROCESSO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL	17
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

Regulação em saúde, instrumento de gestão do SUS na promoção do acesso: Uma Revisão Integrativa

WEDJA MORGANA DE CARVALHO SILVA MARTINS

Wedja Morgana de Carvalho Silva Martins¹

Helson Freitas da Silveira²

RESUMO

Regulação em saúde é um dos instrumentos mais relevantes utilizados na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) para promover, com os recursos disponíveis, o acesso da população às ações e serviços assistenciais de acordo com as suas necessidades. Este estudo objetivou uma revisão sobre o tema regulação em saúde enquanto instrumento de gestão do SUS na promoção do acesso - conceitualização, potencialidades e limites. Foram selecionados 10 artigos, publicados nas bases de dados online Scielo e LILACS entre 2009 e 2017. O processo regulatório possibilitou a ampliação das ações e serviços de saúde, sobretudo nos municípios, representando grandes avanços na busca por uma rede contínua de cuidados integrais, porém ainda persistem grandes dificuldades para a consolidação desta. Estas dificuldades vão desde as deficiências no atendimento pela atenção primária, falta de integração de todas as etapas da atenção, falta de articulação entre os entes federativos, escassez de recursos para a saúde entre vários outros.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde. Gestão em saúde. Regulação assistencial.

ABSTRACT

Health regulation is one of the most relevant tools used in the management of the SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) to promote, with available resources, the population's access to the actions and care services according to their needs. This subject aimed to review the theme of health regulation as an instrument of SUS management in the promotion of access - conceptualization, potentialities and limits. We selected 10 articles, published in the online databases Scielo and LILACS between 2009 and 2017. The regulatory process enabled the expansion of health actions and services, especially in the counties, representing great advances in search for a continuous network of comprehensive care, although great difficulties still persist for its consolidation. These difficulties range from deficiencies in primary care, lack of integration in all stages of care, lack of articulation among federal entities, scarcity of resources for health among several others

Keywords: Health services acces. Health management. Assistance regulation.

¹ Estudante do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil, pólo Redenção.

²Médico Veterinário. Especialista em Vigilância Sanitária, Mestre e Doutorando em Ciências Morfofuncionais pela Universidade Federal do Ceará. Professor Formador do Curso de Especialização em Saúde da Família pela Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira e Universidade Aberta do Brasil.

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 definiu saúde como direito do cidadão e dever do Estado, definiu também um modelo de assistência no funcionamento do SUS onde o direito legal de acesso, gratuito, as ações e serviços de saúde são universais (ALMEIDA et al., 1999). Buscando alcançar o acesso equânime a que se propõe, o SUS faz uso do processo regulatório como um dos seus instrumentos de gestão, uma vez que este se apresenta como um importante equalizador social capaz de atenuar a relação entre necessidade, demanda e oferta (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2002).

Regulação em saúde pode ser compreendida em três dimensões de atuação: Regulação de Sistemas de Saúde (RSS) – exercida sobre os sistemas. Regulação da Atenção à Saúde (RAAtS) – exercida sobre a produção das ações de atenção à saúde nos diversos níveis de complexidade e Regulação do Acesso à Assistência (RAA) ou Regulação do Acesso ou, ainda, Regulação Assistencial – exercida sobre a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso dos usuários aos serviços de saúde (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

Esta última, Regulação do acesso, destaca Peiter, Lanzoni e Oliveira (2016) objetiva organização, controle, gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A regulação em saúde exercida no Sistema Único de Saúde no Brasil, foi construída acompanhando os diferentes contornos da Saúde Pública e a necessidade de regular os sistemas de saúde, requerendo também mudança significativa nas funções do Estado de forma a garantir que esse acesso fosse ampliado consideravelmente.

O processo regulatório se desenvolveu em um cenário de disputas e interesses conflitantes no Brasil. Desde a implementação do SUS até meados dos anos 1990 o sistema de regulação concentrava-se nas atividades de controle e avaliações financeira e contábil tendo como normas orientadoras as diversas Normas Operacionais Básicas (NOBs). A temática da regulação assistencial somente surge com a criação da Norma Operacional da Saúde (NOAS) 2001/2002, embora com uma concepção limitada de resolubilidade de rede, dirigida apenas à média e à alta complexidade, não incluindo, portanto, a atenção básica como componente central do

processo. Além do mais, a regulação assistencial apresentava -se desarticulada das ações de controle e avaliação (ALBUQUERQUE et al., 2013).

A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe o Pacto pela Saúde 2006, detalhado na Portaria GM/MS Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que reafirma em suas diretrizes os princípios do SUS e reforça a importância da reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde, no âmbito dos estados, com vistas a melhorar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, a descentralização e regionalização assumem um papel estratégico na política nacional, com o objetivo de expandir o acesso às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988). Com a regionalização o processo político passa a envolver a distribuição do poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relação entre diferentes atores sociais (governos, agentes, instituições, cidadão) no espaço geográfico, bem como a criação de instrumentos de planejamento, integração assistencial, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território.

Nascimento et al. (2009) afirma que na perspectiva da concretização das diretrizes da regulação no Pacto de Gestão do SUS, o qual estabeleceu que cada prestador responde a apenas a um gestor; a regulação dos prestadores de serviços deve ser, preferencialmente, do Município, conforme desenhado na rede de assistência pactuada na Comissão Intergestores Bipartite-CIB, observando o termo de compromisso de gestão do pacto; a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual. A regulação dos prestadores não tem um modelo único para o País, pois cada Comissão Intergestores Bipartite-CIB poderá adotar o modelo que melhor se adapte à realidade do Estado e dos Municípios envolvidos. No entanto, a regulação assistencial não é, exclusivamente, prerrogativa de uma esfera do governo.

Em 1º de agosto de 2008 foi instituída a Portaria MS/GM nº 1.559, que estabeleceu a Política Nacional de Regulação a mesma defini regulação como conjunto de ações que facilitam ou limitam a produção de bens e serviços no setor saúde, por meio da regulamentação, controle, fiscalização, monitoramento, auditoria e avaliação (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

Os processos regulatórios propiciam à gestão pública maior eficiência na medida em que estabelece melhor controle do acesso aos serviços ofertados e da

aplicação dos recursos, maior eficácia pois favorece a organização do sistema de saúde e maior efetividade pois qualificam a atenção à saúde de forma a proporcionar o alcance em maior dimensão dos objetivos sanitários coletivos propostos na política de saúde (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

No entanto a obtenção de uma rede de cuidados ainda permanece como um propósito a ser alcançado pelo sistema, pois persistem acentuadas desigualdades no acesso, o que reflete a complexidade do processo regulatório (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A Regulação em Saúde é um tema de grande relevância pois trata-se de um importante mecanismo na promoção da equidade, acessibilidade e integralidade do acesso dos usuários aos serviços do Sistema Único de Saúde. Essa temática apesar de ainda incipiente na literatura científica nacional vem tomando espaço por se configurar como uma importante ferramenta para transpor desafios que acometem o Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação.

Partindo desta explanação questiona-se: como é compreendida a Regulação em Saúde no âmbito do SUS e qual sua efetividade na garantia da assistência aos usuários ao sistema.

Essa pesquisa tem como objetivo geral: descrever a política de regulação enquanto ferramenta de gestão no contexto do SUS, considerando seus elementos conceituais e instrumentos utilizados no processo regulatório em Saúde, seus alcances e limites.

A partir desse objetivo geral, tem – se os seguintes objetivos específicos: Identificar conceitos de regulação empregados na literatura científica nacional sobre gestão em saúde, descrever a aplicação do conceito de regulação na política nacional de regulação e analisar seus avanços e limites no âmbito do Sistema Único de Saúde.

2 MÉTODO

Trata-se de estudo de Revisão Integrativa, restringindo-se à estudos teórico-metodológicos, quantitativos ou qualitativos, sobre Regulação em Saúde enquanto instrumento de gestão do SUS na promoção do acesso dos usuários aos serviços de saúde no Brasil. Foram excluídos os estudos que não retratassem sobre regulação assistencial pública do acesso e sobre o processo regulatório no Brasil. Não foram estabelecidos limites quanto à data de publicação ou ao idioma dos estudos primários.

Na estratégia de busca, foram utilizadas as seguintes bases de dados eletrônicas de caráter científico: SciELO e LILACS. Não foram utilizadas referências relacionadas à literatura não publicada, tais como resumos de congresso e documentos técnicos. Foram utilizadas as expressões “regulação em saúde”, “acesso aos serviços de saúde”, “regulação assistencial”, “gestão em saúde”, e “região de saúde” em suas versões em inglês ou português, para verificar o título, o resumo ou o assunto, a depender da base de dados. A busca foi realizada no período de agosto a setembro de 2018.

Após a identificação, realizou-se a seleção dos estudos primários, de acordo com a questão norteadora e os critérios de inclusão previamente definidos. Todos os estudos identificados por meio da estratégia de busca foram inicialmente avaliados por meio da análise dos títulos e resumos. Nos casos em que os títulos e os resumos não se mostraram suficientes para definir a seleção inicial, procedeu-se à leitura da íntegra da publicação.

O instrumento, elaborado com a finalidade de extrair e analisar os dados dos estudos incluídos, foi composto dos seguintes itens: (1) O estudo trata regulação em saúde sobre o âmbito de gestão do SUS e (2) seus alcances e limites dentro do funcionamento no Sistema.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi identificado um total de 42 artigos relacionados à regulação em saúde no âmbito do SUS. Contudo, a seleção por título e resumo resultou em um total de 10 referências incluídas no estudo. No quadro 1 são apresentadas as referências utilizadas caracterizando os autores, o ano, os objetivos e os periódicos científicos utilizados para a publicação.

Quadro 1: Apresentação da síntese de estudos quantitativos quanto aos autores, ano, objetivos e periódico avaliado.

Nº	Autor	Ano	Objetivos	Periódico
1	FARIAS et al.	2011	Analisar os principais instrumentos de regulação da assistência à saúde criada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista a evolução histórica da prestação de serviços hospitalares entre 1996 e 2006.	Ciência & Saúde Coletiva
2	BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG	2016	Descrever a política de regulação adotada no âmbito do SUS, considerando seus elementos conceituais e operacionais, com foco na atenção às urgências.	Cad. Saúde Coletiva
3	SANTOS	2017	Desenvolver estudos a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS) em seu formato sistêmico que resulta da integração das ações e serviços públicos de saúde, em rede regionalizada e hierarquizada.	Ciência & Saúde Coletiva
4	BADUY et al.	2011	Analisou o espaço da micropolítica e as ferramentas tecnopolíticas mobilizadas pelos diferentes atores institucionais para a gestão da produção do cuidado em saúde.	Cad. Saúde Pública
5	GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES	2012	Apreender e analisar as representações sociais do acesso às ações e serviços de saúde pelos técnicos e gerentes dessas Centrais no município do Rio de Janeiro.	Revista de Saúde Coletiva
6	SANTOS; ANDRADE	2012	Debater a questão do Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise”	Ciência & Saúde Coletiva
7	PEITER; LANZONI; OLIVEIRA	2016	Evidenciar a interface entre o serviço de regulação em saúde municipal e a efetivação prática do princípio da equidade, a partir da vivência dos profissionais envolvidos nesse setor.	Saúde Debate

8	FERREIRA et al.	2010	Avaliar aspectos do resultado da implantação do Complexo Regulador(CR) na organização do sistema público de saúde de Ribeirão Preto-SP	Interface - Comunic., Saúde, Educ.,
9	MENICUCCI	2009	Avaliar os resultados alcançados quanto aos objetivos e à implementação das diretrizes do SUS e quais os principais desafios para isso.	Cad. Saúde Pública
10	ALBUQUERQUE et al.	2013	Analisar o desenvolvimento da regulação assistencial na perspectiva do acesso equânime e integral na Gestão Municipal de Saúde do Recife entre 2001 e 2008.	Saúde Soc.

3.1 CONCEITUAÇÃO E FORMATO DA REGULAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

O conceito de regulação deriva da Economia, seu significado está ligado ao controle sobre as falhas de mercado relacionadas a oferta e a demanda. Já no campo da saúde, o escopo da atividade regulatória iniciou voltada para o mercado de planos e seguros de saúde, mas no âmbito do SUS passou a visar a ordenação entre as necessidades dos usuários e a capacidade de oferta de sistemas e serviços (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

Para Peiter, Lanzoni e Oliveira (2016), o termo regulação está associado aos atos de regulamentar, ordenar, sujeitar a regras de forma a tentar garantir a satisfação do usuário quanto ao atendimento de suas necessidades.

Peiter, Lanzoni e Oliveira (2016) afirma também que a regulação em saúde busca o alcance dos objetivos do SUS por meio da garantia do direito à saúde, ao acesso com eficiência, eficácia e efetividade. De modo que as ações e serviços de saúde, a partir dos recursos disponíveis, sejam prestados com qualidade e sejam respostas suficientes às necessidades da população.

Esse acesso compreende desde a recepção do usuário, seu acolhimento, até o direcionamento às ações de saúde que respondam às suas necessidades (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

A regulação do acesso à assistência é efetivada no âmbito do SUS por meio da disponibilização da alternativa mais adequada à necessidade do cidadão, sejam estes atendimentos às urgências, consultas, exames, leitos e outros que se fizerem necessários. Para tal, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA;

GOMES, 2012).

Barbosa, Barbosa e Najberg (2016) destaca que o SUS atua sobre a lógica da organização de base territorial com foco na regionalização e no arranjo de redes, observando estes princípios, o processo regulatório deve integrar os diversos pontos de atenção disponíveis no território/região.

A integração de serviços na perspectiva de região visa garantir a integralidade da saúde mediante o processo de referência de serviços, cabendo ao ente federativo de maior porte responder, na região, por serviços de maior complexidade que exigem escala e outras complexidades administrativas e tecnológicas, os quais poderão ser acessados por municípios de outros municípios. Assim, um cidadão de um município pequeno, ao precisar de um serviço de maior complexidade, recorrerá aos serviços de outro, de maior porte, dentro da região de saúde; outro aspecto relevante é o fato de os municípios não serem obrigados a financiar serviços para municípios que não são seus, em nome do interesse local constitucional; isso obriga os estados e a União a cofinanciarem as ações e os serviços de saúde (SANTOS, 2017).

De acordo com Santos (2017) quando as referências saem de uma região e adentram em outra ou outras, isso precisa ser regulado de modo a haver segurança jurídica entre os entes federativos implicados no tocante à garantia do atendimento de seu município. Esse aspecto é importante para que as referências aconteçam de modo organizado e sistêmico.

Ainda conforme Santos (2017), unir os entes federativos em uma determinada região para delimitar o seu campo de atuação, organizar as referências de serviços dadas suas complexidades sanitárias, tecnológicas e financeiras, é imperativo ao SUS.

Já o conceito de redes remete à regulação médica do fluxo e dos mecanismos de transferência de pacientes por centrais de regulação inseridas nos complexos reguladores. A estrutura operacional dessas redes está organizada com base em um conjunto de elementos, quais sejam: o centro comunicador (Atenção Primária em Saúde), que deve coordenar os fluxos e contrafluxos dos cuidados; os pontos de atenção secundários e terciários (serviços especializados); os sistemas de apoio (diagnósticos e terapêuticos; de assistência farmacêutica; de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão do usuário, prontuário eletrônico, transporte; acesso regulado); e o sistema de governança (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG,

2016).

Nesse contexto de redes, Santos (2017) destaca que a atenção primária em saúde é a porta de entrada do sistema e deve ser a ordenadora de todo encadeamento sanitário-sistêmico, ou seja, o elo entre a pessoa e suas necessidades em saúde em todos os níveis de complexidade tecnológica. Dessa forma a atenção básica é o alicerce da atenção à saúde ordenando as redes e demais serviços.

Os centros reguladores, por sua vez, devem produzir dados e informações sobre os diversos problemas de saúde de uma dada população, para apoio ao processo decisório sobre a implementação das ações de controle, inclusive o acesso a ações e serviços de saúde (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

Para Ferreira et al. (2010) o Complexo Regulador (CR) foi concebido para conferir, ao sistema, uma capacidade sistemática de responder às demandas e às necessidades de saúde de seus usuários nas diversas etapas do processo assistencial. Tratando-se de um instrumento que busca ordenar, orientar e definir a atenção, cuja atuação deve dar-se de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo.

Esse desenho institucional de região, rede e responsabilidades sanitárias, coordenadas pelo estado e ligadas às diretrizes e os objetivos nacionais, correspondem ao cerne da organização e funcionamento do SUS em seu caráter sistêmico (SANTOS, 2017).

Santos (2017) destaca também que é pelo contrato que os entes federativos definem de acordo às suas realidades e no âmbito de suas competências comuns, o papel de cada um na rede de atenção à saúde, definindo para si regramentos resultantes de negociação solidária e responsável no tocante à competência comum de cuidar da saúde da população.

Os contratos devem ter suas diretrizes convencionadas de forma colegiada na CIR (Comissão Intergestores Regional), CIB (Comissão Intergestores Bipartite) e CIT (Comissão Intergestores Tripartite) – nas quais estão representados todos os entes federativos implicados nos contratos de ação pública da saúde (SANTOS, 2017).

Incumbe às comissões definir, em comum acordo, como as políticas de saúde serão executadas pelos entes federativos em suas esferas de governo. Primeiramente, as políticas de saúde são definidas pelos entes federativos, e seus planos de saúde aprovados pelos conselhos de saúde, pautados pelas necessidades de saúde de sua população em consonância com as diretrizes e os objetivos definidos

em planos estadual e nacional de saúde, para que a unicidade seja uma realidade nacional, cabendo a cada ente as suas especificidades local, regional e estadual (SANTOS, 2017).

Peiter, Lanzoni e Oliveira (2016) ressalta que o Ministério da Saúde disponibiliza o Sistema de Regulação (Sisreg), como Sistema de Informação em Saúde, o mesmo tem por objetivo a humanização das ações e dos serviços de saúde, maior controle do acesso e do fluxo assistencial e a otimização na utilização dos recursos financeiros.

Regulação não é sinônimo de gestão, afirma Farias et al. (2011), mas um de seus elementos constituintes e uma importante ferramenta para sua operacionalização, no âmbito do SUS, é realizada de duas maneiras que estão inter-relacionadas à gestão global do sistema: a macrorregulação e a microrregulação. A primeira significa a articulação e a prática de mecanismos estratégicos de gestão que podem se estabelecer em diferentes bases sejam estas bases sociais públicas, bases políticas menores, bases corporativas ou tecnocráticas ou ainda sintonizadas com os interesses privados do mercado; a segunda refere-se a um olhar diretamente para a assistência, com recorte operacional e instrumental.

Barbosa, Barbosa e Najberg (2016) acrescenta que o sistema de regulação tem papel importante na melhoria da gestão dos recursos financeiros e materiais do sistema na medida em que opera sobre a relação entre oferta e demanda das ações e serviços de saúde na perspectiva da racionalização dos gastos.

3.2 ALCANCES E LIMITES DO PROCESSO DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Menicucci (2009) afirma que a construção da rede regionalizada de serviços tem alcançado avanços no sentido de produzir uma relação cooperativa entre os entes federados resolvendo os problemas de coordenação, e favorecendo a superação dos problemas de ação coletiva de forma a otimizar a utilização da rede de serviços e ampliar o acesso de forma mais igualitária.

Para Baduy et al. (2011), houve uma ampliação das ações e dos serviços ofertados, sobretudo pelos municípios, porém, ainda estamos distantes da rede contínua de cuidados integrais, indispensável para integrar as diferentes etapas de atenção, otimizar a aplicação dos recursos do SUS e consolidar sua legitimidade junto aos usuários

Houveram também avanços na legislação com a publicação do Pacto de Gestão, processo de ampla discussão que definiu as responsabilidades sanitárias dos gestores do SUS e estabeleceu novas diretrizes para a gestão do sistema e da Política Nacional de Regulação em 2006. Por meio desta última o Ministério da Saúde vem disseminando mais “um novo conceito” de regulação estatal sobre o setor saúde, entendida como aquela em que o Estado atua sobre os rumos da produção de bens e serviços de saúde, por meio das regulamentações e das ações que asseguram o cumprimento destas (ALBUQUERQUE et al., 2013).

No entanto Albuquerque et al. (2013) ressalta que apesar dos avanços legais e normativos, na prática, persistem problemas antigos, que se tornam ainda mais ambíguos devido ao esvaziamento conceitual e baixa capacidade operacional na efetivação dos pactos.

Outro grande gargalo do processo regulatório é a falta ou a dificuldade de acesso à assistência nos serviços de atenção primária, a baixa resolubilidade desse nível assistencial e a não viabilidade da contrarreferência do paciente para o acompanhamento ambulatorial. Estas deficiências induzem os usuários com queixas crônicas e sociais a procurar os serviços de urgência como porta de entrada do sistema de saúde (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

Baduy et al. (2011) ressalta que são indispensáveis arranjos que propiciem a continuidade da atenção e que favoreçam a integralidade do cuidado pois a mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população, entre eles o envelhecimento e a alta prevalência dos agravos e doenças não transmissíveis requerem convivência prolongada dos usuários com os profissionais de saúde e reforçam a necessidade de projetos cuidadores que favoreçam a manutenção e ampliação da sua autonomia.

A articulação entre os serviços dos diversos níveis de atenção também é um desafio importante, agravado pelo fato de estarem organizados e financiados segundo lógicas distintas. Isso implica limitada resolubilidade, descontinuidade, desresponsabilização, retrabalho e perda de qualidade da atenção prestada ao usuário (BADUY et al., 2011).

Conforme Albuquerque et al. (2013), a falta de integração entre os entes federativos pode ser verificada por meio das disputas intergovernamentais entre os municípios e entre eles e os governos estaduais na organização de sistema de saúde, com repercussão na constituição de complexos regulatórios a serem compartilhados entre esferas de governo.

Ainda persistem acentuadas desigualdades no acesso, sobretudo no que se refere à distribuição dos recursos e oportunidades de utilização dos serviços de saúde entre regiões, Estados, Municípios e grupos sociais (ALBUQUERQUE et al., 2013).

Albuquerque et al. (2013) explica também que outro fator que limita a regulação SUS é a contração da rede prestadora de serviços, pois esta apresenta falhas, é limitada e ainda não assumida plenamente pelas esferas de governo.

Além disso, conforme Peiter, Lanzoni e Oliveira (2016) o conhecimento incipiente dos profissionais envolvidos limita uma atuação efetiva e satisfatória dos serviços de regulação.

De forma geral, observa-se uma escassez de mecanismos que assegurem uma efetiva conexão entre a oferta de serviços e a demanda, o que tem contribuído para a manutenção da baixa eficácia do sistema brasileiro de saúde (ALBUQUERQUE et al., 2013).

Para Santos e Andrade (2012), estas dificuldades quanto ao acesso do cidadão às ações e serviços de saúde são resultados também do baixo financiamento da saúde, das questões de ordem técnico-administrativas que negam o necessário instrumental ao administrador público no manejo dos meios compatíveis com os fins que lhe são impostos e os processos organizativos do SUS que até o presente momento tateiam entre a descentralização que fragmenta os serviços à regionalização que deve uni-los em rede integrada e referenciada em níveis de complexidade tecnológica crescente. A rede é essencial para garantir atendimento integral ao cidadão exercendo o papel de inibir as diferenças geográficas, demográficas e socioeconômicas dos entes federativos, gerando equidade federativa e qualificando o acesso.

Temos ainda a judicialização da saúde que se constitui, muitas vezes, em mais um obstáculo para o acesso equitativo por permitir que pessoas adentrem os serviços de saúde por meio de liminares, por exemplo, sem observar as suas portas de entrada e o seu acesso regulado, com a atenção primária como principal porta de entrada no sistema (SANTOS; ANDRADE, 2012).

Menicucci (2009) afirma também que as limitações para uma regulação mais efetiva têm sido muitas e incluem dificuldades operativas do sistema público para definir sua demanda, como negociar serviços e, implantar e fiscalizar contratos, o que impõe fortes custos de transação em uma relação que ainda não tem regras muito definidas e nem desenvolveu a capacidade reguladora entre os gestores públicos.

Para uma regulação que sustente o conceito constitucional de direito à saúde do SUS é necessário também uma agenda de saúde que atue por meio de um conjunto de políticas públicas, como por exemplo como a questão do tabagismo que redundou na proibição da venda de bebidas em rodovias e na proibição de dirigir após o consumo de álcool. Políticas estas que promovam o cuidado preventivo e possam minimizar as necessidades aos serviços de saúde por parte da população (MENICUCCI, 2009).

Dessa forma, afirma Peiter, Lanzoni e Oliveira (2016), para que o processo regulatório possa atingir seus objetivos enquanto instrumento de gestão SUS alguns elementos são considerados facilitadores: Atenção Primária à Saúde (APS) resolutiva; encaminhamentos adequados e criteriosos; protocolos assistenciais; e a estruturação de complexos reguladores.

Uma política de regulação pautada pelo cuidado integral deve programar ações meio que promovam ações de atenção em acordo com suas finalidades, ações como: assegurar o acesso aos exames dos usuários da atenção básica, agilizar o processo de autorizações e garantir o acesso dos usuários às consultas médicas, terapias ou exames. Dentre essas ações, encontram-se também as de regulação da atenção à saúde, que são responsáveis por disponibilizar, nos casos de internação, os leitos referenciados na medida da gravidade/emergência do problema, da complexidade tecnológica e da resposta exigida (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Regulação em Saúde busca garantir que as ações e serviços de saúde sejam prestados, a partir dos recursos disponíveis, com qualidade e sejam respostas suficientes às necessidades da população. Dessa forma compreende-se que Regulação não é a gestão em si, mas um de seus elementos constituintes e uma importante ferramenta para sua operacionalização, no âmbito do SUS.

O processo regulatório ocorre de acordo com a ótica do SUS de regionalização, com o objetivo de garantir a integralidade da saúde mediante o processo de referência de serviços, de forma que cada ente federativo, união, estados e municípios, possuem diferentes responsabilidades sanitárias de acordo com a complexidade tecnológica e financeira dos serviços. O processo regulatório também está organizado de acordo com o arranjo de redes, que integra a atenção primária (e esta, entendida como porta de entrada do Sistema), os serviços de média e alta complexidade, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança.

Observou-se que a regulação possibilitou grandes avanços na promoção do acesso aos serviços de saúde pela população, sobretudo nos municípios que contou com a ampliação de suas ações e serviços, mas ainda persistem grandes dificuldades que vão desde as deficiências no atendimento pela atenção primária, falta de integração de todas as etapas da atenção, falta de articulação entre os entes federativos, escassez de recursos para a saúde entre vários outros.

Tendo em vista que a grande maioria dos usuários do SUS não possuem poder aquisitivo para adquirir planos de saúde particulares e portanto dependem desse sistema, faz-se imperativo que os governos vejam com mais atenção a questão da Regulação do acesso na tentativa de diminuir os gargalos existentes, melhorar o processo de gestão e consolidar o sistema junto aos usuários.

Os achados deste estudo revelam a deficiência de artigos que abordem a Regulação assistencial sob a perspectiva de mecanismo de gestão do Sistema. A dificuldade principal encontrada na etapa metodológica deste estudo se deu na inexistência de terminologia própria para o tema da pesquisa, pois os artigos localizados a partir da terminologia “regulação” se referiam à regulamentação de diversas temáticas na área da saúde, não estando relacionados, necessariamente, à regulação do acesso, tema que este trabalho se propôs a pesquisar.

Um fator preocupante dentre os achados foi o baixo número de artigos brasileiros que abordaram o assunto, entretanto, tendo em vista a importância da Regulação em Saúde, bem como seu potencial para garantir o acesso equânime e integral, sugere-se o investimento em novos estudos que contemplem a temática a fim de qualificar os serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. **Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso.** Saúde Soc., São Paulo, v.22, n.1, p.223-236, 2013.
- ALMEIDA, C. et al. **A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade.** Pesquisa em Saúde Pública. Documentos técnicos. Washington, D.C: OPAS, 1999.
- BADUY, R. S. et al. **A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.
- BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B; NAJBERG, E. **Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS.** Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 49-54, 2016.
- BRASIL. Constituição (1988). Da ordem social.In:_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** 32. ed. atual. ampl. São Paulo: Saraiva, 2003, p.123-130.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Institui o Pacto pela Saúde. Brasília-DF, 2006a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 03 ago. 2017.
- FARIAS, S. F. et. al. **A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar.** Ciência & Saúde Coletiva, Pernambuco, 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, 2010.
- GAWRYSZEWSKI, A. R. B; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. **Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação.** PhysisRevista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.
- MENICUCCI, T. M. G. **O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009.
- NASCIMENTO, A. A. M. *et al.* Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 2, p. 346-352, abri./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4836/483648975018/>>. Acesso em: 12 ago. 2018.
- NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde - SUS.** In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-476.
- PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.; OLIVEIRA, W. F. **Interface entre regulação em saúde e equidade: revisão integrativa da literatura.** Cogitare Enferm., Santa Catarina,

v. 22, n. 2, 2017.

SANTOS, L. **Região de saúde e suas redes de atenção:** modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 22, n. 4. p. 1281-1289, 2017.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **Acesso às ações e aos serviços de saúde:** uma visão polissêmica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Ceará, v. 17, n. 11, p. 2876-2880, 2012.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. **A Regulação em Saúde:** aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.