

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**LUZIA BEATRIZ RODRIGUES BASTOS**

**REGULAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ: UM ESTUDO NA  
REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM.**

**GOIÂNIA-2019**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR  
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES  
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico:     Dissertação     Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: **LUZIA BEATRIZ RODRIGUES BASTOS**

Título do trabalho: **REGULAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ: UM ESTUDO NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM.**

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento  SIM     NÃO<sup>1</sup>

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Luzia Beatriz Rodrigues Bastos  
Assinatura do(a) autor(a)<sup>2</sup>

Ciente e de acordo:

Maia Alves Barbosa  
Assinatura do(a) orientador(a)<sup>2</sup>

Data: 08 / 04 / 2019

<sup>1</sup> Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

<sup>2</sup> A assinatura deve ser escaneada.

**LUZIA BEATRIZ RODRIGUES BASTOS**

**REGULAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ: UM ESTUDO NA REGIÃO  
METROPOLITANA DE BELÉM**

*Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.*

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana

Linha de pesquisa: Gestão em Saúde e em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria Alves Barbosa

**GOIÂNIA-2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

BASTOS, LUZIA BEATRIZ RODRIGUES  
REGULAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ: [manuscrito] :  
UM ESTUDO NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM. / LUZIA  
BEATRIZ RODRIGUES BASTOS. - 2019.  
137 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. MARIA ALVES BARBOSA.  
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de  
Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,  
Goiânia, 2019.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.  
Inclui siglas, mapas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de  
figuras, lista de tabelas.

1. Regulação. 2. Saúde. 3. Gestores. 4. Profissionais. 5. SUS. I.  
BARBOSA, MARIA ALVES, orient. II. Título.

CDU 616-083

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DE LUZIA BEATRIZ RODRIGUES BASTOS** – Aos onze dias do mês de março de dois mil e dezenove (11/03/2019), às 8h30min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Alves Barbosa - Orientadora - Presidente da Banca; Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Célia Scapim Duarte, membro externo - FEN/UFG; Prof. Dr. Douglas José Nogueira, membro externo - FEN/UFG; Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ilma Pastana Ferreira, membro externo - UEPA e Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vanessa da Silva Carvalho Vila, membro externo - PUC-GO, sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada no Miniauditório do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, para procederem à avaliação da defesa de Tese intitulada: **"REGULAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ: UM ESTUDO NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM"**, de autoria de **Luzia Beatriz Rodrigues Bastos**, discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. A sessão foi aberta pela Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Aves Barbosa, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida à autora da Tese que, em 40 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu a examinanda, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação da defesa. Tendo em vista o que consta no Regulamento Geral dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (Resolução CEPEC nº. 1403/2016) e no Regulamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Resolução CEPEC nº. 1469/2017), a Tese foi:

**APROVADA**, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **DOCTOR EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da Tese, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Tese para publicação em periódicos de circulação nacional e/ou internacional no prazo de até 30 dias.

**REPROVADA**, considerando \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Tese: \_\_\_\_\_

Cumpridas as formalidades de pauta, a presidência da banca encerrou esta sessão de defesa de Tese e, para constar, eu, **Daniela Dias Robalo**, secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, lavrei a presente Ata que, depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da Banca Examinadora em duas vias de igual teor.



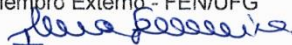
Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Alves Barbosa  
Orientador(a) - Presidente / PPGENF-FEN/UFG



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Célia Scapim Duarte  
Membro Externo - FEN/UFG



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Douglas José Nogueira  
Membro Externo - FEN/UFG



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ilma Pastana Ferreira  
Membro Externo - UEPA



Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vanessa da Silva Carvalho Vila  
Membro Externo - PUC/GO

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço a Deus, pela inspiração, perseverança e determinação em acreditar que um sonho pode se concretizar, desde que se lute para alcançá-lo.*

*Ao meu esposo querido Diniz Antonio, pela parceria, confiança e apoio. Sempre um grande incentivador, em relação à permanência no curso de doutorado, que pela distância geográfica, me deixava tão longe de minha terra natal. Também dedicou grande parte de seu tempo para proceder as críticas necessárias à construção deste trabalho. Obrigada meu amor!*

*Ao meu filho Felipe e nora Carla, que me brindaram com a notícia da vinda da minha primeira neta, Laurinha, com chegada prevista para julho/2019.*

*À filha Camila, doutoranda em Literatura e Linguagem, que com sua fluência na língua inglesa, proporcionou a tradução dos artigos para submissão às revistas de cunho internacional.*

*À minha mãe Maria José, meu exemplo de luta, coragem e determinação, sempre acreditando no meu potencial. Meu beijo carinhoso!*

*À minha grande família, especialmente irmãos e irmãs, verdadeiros guerreiros na labuta da vida, que sempre me incentivaram na conquista do doutorado.*

*Ao colega Alex, doutorando do NAEA, estatístico dedicado que exaustivamente colaborou com as análises qualitativa e quantitativa deste trabalho.*

*Quero agradecer a orientação da Profa. Dra. Maria Alves Barbosa, sempre simpática e gentil, acreditou no meu tema de pesquisa voltado à gestão. Com ela passei a crer ainda mais no meu potencial como pesquisadora. Muito obrigada, minha querida!*

*Aos Professores Dra.Claci Fátima Weirich Rosso, Dra. Lizete Malagoni de Almeida C. Oliveira, Dra. Ilma Pastana Ferreira, Dra. Vanessa da Silva Carvalho Vila, Dra. Célia Scapin Duarte e Dr. Douglas José Nogueira, pela valiosa contribuição, permitindo que a tese ficasse mais apurada, robusta e metodologicamente correta. Espero ter a honra de publicar com vocês.*

*A todos os professores das disciplinas cursadas, que me proporcionaram um cabedal atualizado de informações e o conhecimento tecnológico necessário à pesquisa de excelência.*

*Aos colegas do doutorado, especialmente à amiga Ana Cláudia Jaime de Paiva, que por diversas vezes me ajudou com suas palavras de incentivo e ações concretas nos momentos que mais precisei.*

*Um abraço afetuoso aos auxiliares de pesquisa Aline Almeida, Everton Monteiro, Angélica Lucas, Cáritas das Mercês e Ediene Barros, que foram persistentes e se deslocaram aos municípios mais distantes para me ajudar com as tarefas de aplicabilidade dos questionários e entrevistas, e com a transcrição dos dados.*

*Aos colegas, profissionais da saúde, que compõem os quadros de recursos humanos nas centrais de regulação dos municípios de Belém, Ananindeua, Marituba e Benevides, que se dispuseram a colaborar com a pesquisa, com o fornecimento de informações relativas ao cenário atual de regulação das instâncias que representam.*

*E de um modo geral, agradeço a todas as pessoas que estiveram presentes nesta etapa tão importante da minha vida e que contribuíram com o sucesso deste trabalho. Um grande abraço!*

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS.....</b>	<b>9</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>11</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....</b>	<b>12</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>15</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>16</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>17</b>
<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>22</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>30</b>
<b>2. 1 Objetivo geral.....</b>	<b>30</b>
<b>2. 2 Objetivos específicos.....</b>	<b>30</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>31</b>
<b>3. 1 Estado provedor centralizado.....</b>	<b>31</b>
<b>3. 2 Estado regulador descentralizado.....</b>	<b>34</b>
<b>3. 3 A regulação da saúde.....</b>	<b>40</b>
3. 3. 1 Aspectos conceituais de Regulação em saúde.....	40
3. 3. 2 Legislação da Regulação em Saúde.....	41
3. 3. 3 Complexos e Centrais de Regulação.....	45
3. 3. 4 Fatores Facilitadores e Limitantes do Processo Regulatório.....	54
<b>3. 4 Gestão reguladora da saúde.....</b>	<b>59</b>

3. 4. 1 O Gestor.....	61
3. 4. 2 O Profissional de Regulação.....	64
<b>4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>66</b>
4. 1 Tipo de pesquisa.....	66
4.2 Caracterização da Região Metropolitana I.....	67
4.3 Lócus da Pesquisa.....	70
4. 4 Amostra da Pesquisa.....	72
4. 5 Coleta de Dados e Instrumentos de Pesquisa.....	73
4.6 Tratamento e Plano de Análise de Dados.....	76
4.7 Aspectos éticos.....	80
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>81</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>113</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>132</b>

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

FIGURA 1 – DIMENSÕES DA REGULAÇÃO EM SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018.....	45
FIGURA 2 – COMPLEXO REGULADOR MUNICIPAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018.....	47
FIGURA 3 – SISTEMA DE REGULAÇÃO (SISREG), MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018.....	51
FIGURA 4 – REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM, 2018.....	68
FIGURA 5 – REGIÕES DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ, 2018.....	69
FIGURA 6 – COMPLEXOS REGULADORES DO ESTADO DO PARÁ, 2018.....	70
FIGURA 7 – REGIÃO METROPOLITANA I DE BELÉM, 2018.....	71
FIGURA 8 – FATORES FACILITADORES E LIMITATIVOS POR GESTORES, REGIÃO METROPOLITANA I, PARÁ, 2018.....	88
FIGURA 9 – FATORES FACILITADORES E LIMITATIVOS POR PROFISSIONAIS DE REGULAÇÃO, REGIÃO METROPOLITANA I, PARÁ, 2018.....	88
QUADRO 1 – FLUXO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018.....	48
QUADRO 2 – ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES DO SUS, NÍVEL FEDERAL, 2018.....	63
QUADRO 3 – ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES DO SUS, NÍVEL ESTADUAL, 2018.....	63
QUADRO 4 – ATRIBUIÇÕES DOS GESTORES DO SUS, NÍVEL MUNICIPAL, 2018.....	64
QUADRO 5 – ESTRUTURAS DE REGULAÇÃO, REGIÃO METROPOLITANA I, PARÁ, 2018.....	72

<b>QUADRO 6 – DESENHO DA COLETA DE DADOS, VARIÁVEIS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS, METROPOLITANA I, PARÁ, 2018.....</b>	<b>74</b>
<b>QUADRO 7 – PLANO DE ANÁLISE QUANTITATIVA E QUALITATIVA, REGIÃO METROPOLITANA I, PARÁ, 2018.....</b>	<b>76</b>
<b>QUADRO 8 – FATORES LIMITANTES DA REGULAÇÃO SEGUNDO GESTORES, REGIÃO METROPOLITANA I, PARÁ, 2018.....</b>	<b>89</b>
<b>QUADRO 9 – FATORES FACILITADORES, SEGUNDO GESTORES, REGIÃO METROPOLITANA I, PARÁ, 2018.....</b>	<b>99</b>
<b>QUADRO 10 – FATORES LIMITANTES DA REGULAÇÃO, SEGUNDO PROFISSIONAIS DE REGULAÇÃO, REGIÃO METROPOLITANA I, PARÁ, 2018.....</b>	<b>104</b>
<b>QUADRO 11 – FATORES FACILITADORES DA REGULAÇÃO, SEGUNDO PROFISSIONAIS DE REGULAÇÃO, REGIÃO METROPOLITANA I, PARÁ, 2018.....</b>	<b>110</b>
<b>GRÁFICO 1 – DISTRIBUIÇÃO POR SEXO DE GESTORES E PROFISSIONAIS DE REGULAÇÃO, REGIÃO METROPOLITANA I, PARÁ, 2018.....</b>	<b>81</b>
<b>GRÁFICO 2 – DISTRIBUIÇÃO POR FAIXA ETÁRIA DE GESTORES E PROFISSIONAIS DE REGULAÇÃO, REGIÃO METROPOLITANA I, PARÁ, 2018.....</b>	<b>82</b>
<b>GRÁFICO 3 – CIDADE DE NASCIMENTO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE REGULAÇÃO, REGIÃO METROPOLITANA I, PARÁ, 2018.....</b>	<b>83</b>
<b>GRÁFICO 4 – CIDADE DE ATUAÇÃO PROFISSIONAL, DE GESTORES E PROFISSIONAIS DA REGULAÇÃO, REGIÃO METROPOLITANA I, PARÁ, 2018.....</b>	<b>84</b>

## **LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1 - TEMPO DE ESTUDO E DADOS TRABALHISTAS DE GESTORES E PROFISSIONAIS DE REGULAÇÃO, REGIÃO METROPOLITANA I, PARÁ, 2018.....</b>	<b>85</b>
<b>TABELA 2 - SISTEMA DE INFORMAÇÃO E CONDIÇÃO FUNCIONAL DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE REGULAÇÃO, REGIÃO METROPOLITANA I, PARÁ, 2018.....</b>	<b>87</b>

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIH - Autorização de internação hospitalar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

APAC - Autorização Ambulatorial de Procedimentos de Alta Complexidade

BPA - Boletim de Produção Ambulatorial

CADSUS - Sistema de cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CIB - Comissões Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CR - Centrais de Regulação

CRg - Complexo Regulador

CGRA - Coordenação Geral de Regulação e Avaliação

CNRAC - Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade

CERAC - Central Estadual de Alta Complexidade

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CNRAC - Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade.

CGR - Colegiado de Gestão Regional

CRR - Complexos Reguladores Regionais

DDASS - Diretoria de Desenvolvimento e Acompanhamento dos Serviços de Saúde

DATAPREV - Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

DERE - Departamento de Regulação

EPS - Educação Permanente em Saúde

FES - Fundo Estadual de Saúde

FMS - Fundo Municipal de Saúde

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NOB - Normas Operacionais Básicas

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

OSS - Organizações Sociais de Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PDI - Plano Diretor de Investimento

PNR - Política Nacional de Regulação

PMAQ-AB - Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

PMM - Programa Mais Médicos

PNIS - Política Nacional de Informação em Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente

PPI - Programação Pactuada Integrada

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAC - Serviço de Alta Complexidade

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SESP - Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública

SESPA - Secretaria Estadual de Saúde do Pará

SESMA - Secretaria Municipal de Saúde

SER - Sistema Estadual de Regulação

SIA - Serviços de Informação Ambulatoriais

SIH - Serviços de Informações Hospitalares

SIHD – Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado

SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos

SISREG - Sistema Nacional de Regulação

SUS - Sistema Único de Saúde

TCG - Termos de Compromisso de Gestão

TFD - Tratamento Fora do Domicílio.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO.** As estruturas de regulação, podem se tornar determinantes no processo organizacional da gestão da saúde, pois tem a possibilidade de dar respostas mais efetivas às unidades solicitantes e, sobretudo, ao usuário. A ela caberia, o estabelecimento de fluxos para o atendimento almejado não implicando apenas em otimização de gastos. **OBJETIVO.** Analisar a regulação dos serviços de saúde, na Região Metropolitana I do estado do Pará, tendo em vista, complexos e centrais de regulação, preconizados pela legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) **METODOLOGIA.** Estudo descritivo exploratório com enfoque misto desenvolvido nos complexos e centrais reguladores dos municípios de Belém, Ananindeua, Marituba e Benevides, cuja amostra foi composta por dezoito gestores e setenta profissionais de regulação, no período de setembro/2017 a janeiro de 2018. Aplicou-se o questionário na primeira fase da pesquisa e após foram realizadas 40 entrevistas semiestruturadas. **RESULTADOS.** No processo de apuração dos dados quantitativos constatou-se que os funcionários da regulação, são do sexo feminino, com idade média de 39 anos; faixa salarial de 2 salários mínimos; maioria composta de auxiliares administrativos com vínculo efetivo. Como fatores limitantes foram encontrados: grande demanda; falta de indicação dos casos prioritários e falha nos critérios de encaminhamento à regulação; indisponibilidade de leitos, dificuldades sistêmicas em relação aos serviços pactuados e ao SISREG; procedimentos de difícil agendamento e execução; aumento da demanda reprimida de procedimentos eletivos; problemas nos fluxos de informações entre a atenção primária e a regulação, dentre outros. Como principais potencialidades na regulação da saúde, destacam-se: incremento de recursos financeiros à saúde; reorganização dos procedimentos internos de regulação; atendimento das necessidades dos usuários; formação em saúde aos profissionais de regulação, e fortalecimento da atenção primária. **CONCLUSÃO.** O estudo demonstrou que há dificuldade em concentrar profissionais de nível superior para executar as tarefas de reguladores de procedimentos de média e alta complexidades do SUS; há entraves em operacionalizar o processo regulatório, pois as estruturas de regulação criadas convivem com recursos insuficientes, pactuações incondizentes com a realidade dos municípios do norte do país; há reconhecimento da necessidade de forte componente regulador por parte do Estado na garantia do acesso qualificado de saúde à população, sendo um dos maiores desafios compreender a multiplicidade de cenários, sujeitos e interesses, e de implementar estratégias centradas no usuário que necessita dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Regulação. Saúde. Gestores. Profissionais. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION.** Regulatory structures can become determinants in the organizational process of health management, since it has the possibility of giving more effective responses to the requesting units and, above all, to the user. It would be up to the establishment of flows for the intended service not only implying optimization of expenses. **OBJECTIVE.** To analyze the regulation of health services, in the Metropolitan Region I of the state of Pará, in view of complex and regulatory centers, recommended by the Brazilian Unified Health System (SUS). **METHODOLOGY.** An exploratory descriptive study with a mixed focus developed in the complexes and central regulators of the municipalities of Belém, Ananindeua, Marituba and Benevides, whose sample was composed of eighteen managers and seventy regulators, from September / 2017 to January 2018. It was applied the questionnaire in the first phase of the research and after that 40 semi-structured interviews were carried out. **RESULTS.** In the process of calculating the quantitative data it was found that the officials of the regulation, are female, with average age of 39 years; salary range of 2 minimum wages; majority of administrative assistants with effective ties. As limiting factors were found: great demand; lack of indication of priority cases and failure to refer to regulatory criteria; unavailability of beds, systemic difficulties in relation to the agreed services and the SISREG; difficult scheduling and execution procedures; increased demand for repressed elective procedures; problems in the flow of information between primary care and regulation, among others. As main potentialities in health regulation, the following stand out: increase of financial resources to health; reorganization of internal regulatory procedures; meeting the needs of users; health training for regulatory professionals, and strengthening of primary health care. **CONCLUSION.** The study showed that it is difficult to concentrate higher level professionals to perform the tasks of regulators of medium and high complexity procedures of SUS; there are obstacles in operationalizing the regulatory process, because the regulatory structures created coexist with insufficient resources, unconditional agreements with the reality of the municipalities of the north of the country; there is recognition of the need for a strong regulatory component by the State in guaranteeing qualified health access to the population, one of the greatest challenges being to understand the multiplicity of scenarios, subjects and interests, and to implement strategies focused on the user that needs health services.

Keywords: Regulation. Health. Managers. Professionals. Health Unic System.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN.** Las estructuras de regulación, pueden tornarse determinantes en el proceso organizacional de la gestión de la salud, pues tiene la posibilidad de dar respuestas más efectivas a las unidades solicitantes y, sobre todo, al usuario. A ella cabría, el establecimiento de flujos para la atención anhelada no implicando apenas en optimización de gastos. **OBJETIVO.** El análisis de la regulación de los servicios de salud, en la Región Metropolitana I del estado de Pará, teniendo en vista, complejos y centrales de regulación, preconizados por la legislación del Sistema Único de Salud (SUS) **METODOLOGÍA.** Estudio descriptivo exploratorio con enfoque mixto desarrollado en los complejos y centrales reguladores de los municipios de Belém, Ananindeua, Marituba y Benevides, cuya muestra fue compuesta por dieciocho gestores y setenta profesionales de regulación, en el período de septiembre / 2017 a enero de 2018. Se aplicó el cuestionario en la primera fase de la investigación y después se realizaron 40 entrevistas semiestructuradas. **RESULTADOS.** En el proceso de cálculo de los datos cuantitativos se constató que los funcionarios de la regulación, son del sexo femenino, con una edad promedio de 39 años; el salario mínimo de 2 salarios mínimos; la mayoría compuesta de auxiliares administrativos con vínculo efectivo. Como factores limitantes fueron encontrados: gran demanda; falta de indicación de los casos prioritarios y falla en los criterios de encaminamiento a la regulación; indisponibilidad de lechos, dificultades sistémicas en relación a los servicios pactados y al SISREG; procedimientos de difícil programación y ejecución; aumento de la demanda reprimida de procedimientos electivos; problemas en los flujos de información entre la atención primaria y la regulación, entre otros. Como principales potencialidades en la regulación de la salud, se destacan: incremento de recursos financieros a la salud; reorganización de los procedimientos internos de regulación; atención de las necesidades de los usuarios; formación en salud a los profesionales de regulación, y fortalecimiento de la atención primaria. **CONCLUSIÓN.** El estudio demostró que hay dificultad en concentrar profesionales de nivel superior para ejecutar las tareas de reguladores de procedimientos de media y alta complejidad del SUS; hay trabas en operacionalizar el proceso regulatorio, pues las estructuras de regulación creadas conviven con recursos insuficientes, pactos incondicional con la realidad de los municipios del norte del país; hay reconocimiento de la necesidad de un fuerte componente regulador por parte del Estado en la garantía del acceso calificado de salud a la población, siendo uno de los mayores desafíos comprender la multiplicidad de escenarios, sujetos e intereses, y de implementar estrategias centradas en el usuario que necesita de los servicios de salud .

Palabras clave: Regulación. Salud. Gestores. Profesionales. Sistema único de Salud.

## APRESENTAÇÃO

A regulação da saúde é um tema que vem sendo discutido desde a Reforma Sanitária que culminou com a implantação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal de 1988, até os dias atuais.

O Pacto pela Saúde de 2006 e a Política Nacional de Regulação de 2008, deram a sustentabilidade teórica necessária, para que essa ferramenta de gestão do SUS – a regulação – pudesse se consolidar, passando a instrumentalizar as secretarias municipais e estaduais de saúde.

Justamente nesse cenário, passei a fazer parte da Secretaria Municipal de Saúde de Belém/PA na função de Coordenadora da Divisão Hospitalar do Departamento de Regulação Municipal (DERE/SESMA), recentemente implantado. O referido departamento compunha as divisões ambulatorial, hospitalar e auditoria. À Divisão Hospitalar estavam vinculados a Central de Internações, Setor de Cirurgias Eletivas e Supervisão Hospitalar.

Na Secretaria Estadual de Saúde, exerci a função de Diretora do Departamento de Análises e Serviços que englobava a regulação estadual de 143 municípios paraenses, atualmente 144, especialmente àqueles municípios que se encontravam na gestão básica ou semiplena do sistema de saúde. À época haviam poucos municípios na condição de plenos do sistema de saúde; assim, um grande número de municípios, dependia da gestão estadual, de seus recursos e serviços, inclusive do processamento das contas hospitalares e envio aos bancos de dados ao Ministério da Saúde.

Em ambas as gestões minha intenção era colocar em prática meus ideais de justiça social e igualdade no acesso de usuários aos serviços de saúde, especialmente àqueles que dependiam exclusivamente do SUS. Minha luta iniciou bem cedo, desde a docência na escola pública, fazendo parte dos órgãos de defesa da educação. Comecei no campo da saúde, após a conclusão do curso superior de Enfermagem, na área assistencial em unidades de atenção primária e depois na gestão e docência universitária.

Enquanto enfermeira, defensora de um cuidado digno e humanizado, minha disposição em fazer a diferença na gestão era muito grande, no entanto, me deparei

com obstáculos quase que intransponíveis a começar pelas limitações de recursos financeiros, pactuações insustentáveis, dificuldades operacionais provocadas pelo número insuficiente de recursos humanos e de mobiliário mínimo necessário para a execução das tarefas diárias. Tudo isso era pouco, diante do sofrimento daquele que necessitava de uma consulta, exame especializado ou de um leito hospitalar, esperando dias e até meses sem a resposta de seu pleito.

Ao município cabe a função executora da assistência de saúde. A ele compete organizar a rede assistencial, estabelecer fluxos de referência e integração da rede de serviços, articular com outros municípios para referências, regulação e avaliação de prestadores públicos e privados, dentre outros.

No âmbito da regulação estão inseridas as centrais regulatórias, como exemplo, centrais de leitos, cirurgias eletivas, de exames especializados, que funcionam como demandantes de serviços, mediante autorização dos profissionais reguladores.

Minha atuação na gestão municipal a partir de 2000, centrava-se no campo hospitalar, que envolvia a central de internações, cujos profissionais se deparavam com limitação de número de leitos para encaminhamento de pacientes demandados dos prontos socorros, de hospitais da capital e dos interiores, e das unidades de pronto atendimento. O volume de solicitações se avolumava e ao médico regulador da central, restava a missão de escolher quem deveria sobreviver.

A situação se agravava quando familiares de pacientes recorriam ao setor judiciário para fazer jus aos seus direitos. Era bastante desconfortável para os profissionais da regulação, pois dava a entender que eram negligentes diante das necessidades da população. Embates eram constantes com funcionários de hospitais, que com dificuldade informavam os leitos disponíveis, sempre com a justificativa de leitos ocupados, por considerar que os médicos cirurgiões demandavam pacientes que necessitariam desses leitos.

Outro local de tensão da área hospitalar era o setor de cirurgias eletivas, que acumulava pedidos de procedimentos que agravavam à medida que o tempo passava e deixavam de ser eletivos. Muitas vezes a gestão propunha os mutirões

para dar vazão à grande demanda, mas surgiam pleitos de diversos municípios que muitas vezes dificultavam o sucesso da ação.

Belém por ser a capital, recebia pacientes de todos os municípios do Pará. Os representantes políticos (vereadores, deputados, dentre outros), mantinham casas de apoio para alojar pessoas doentes e até familiares. Muitas vezes barganhavam por votos e muitos se reelegiam às custas dos doentes vindos dos interiores do Estado. Muitos políticos eram proprietários de hospitais de pequeno porte, de baixa resolutividade que se mantinham credenciados no sistema público, mesmo executando procedimentos considerados de menor complexidade em clínica médica, pediatria e obstetrícia.

À supervisão hospitalar, outro setor vinculado à divisão que eu gerenciava, cabia a autorização in loco dos procedimentos hospitalares executados; e busca por leitos credenciados ao SUS, para disponibilizá-los à central de internação. No entanto o supervisor se defrontava com os leitos do SUS ocupados por usuários de planos ou particulares nos hospitais privados credenciados. Os hospitais públicos, principalmente os de grande porte e de maior resolutividade a essas alturas encontravam-se com sua capacidade instalada esgotada.

Outra questão se relacionava ao corporativismo médico na área hospitalar. Os supervisores médicos, sempre expunham que não se sentiam à vontade para o trabalho. Ficavam tímidos nos enfrentamentos com médicos dos hospitais e passavam a exercer suas funções apenas como autorizadores de laudos e internações nas secretarias dos hospitais, em tempo exíguo, considerando suas outras jornadas de trabalho. Alguns se constrangiam em representar os supervisores hospitalares do SUS e faziam pouco caso em lutar pelos direitos dos usuários.

Nos anos de 2005 e 2006, retornei à atenção primária, assumindo a tarefa de enfermeira nos programas ministeriais desenvolvidos nas unidades de saúde. Do lado da assistência e em casos de encaminhamentos de procedimentos de necessitavam ser autorizados pelo setor de regulação, passei a perceber a dificuldade do usuário em obter êxito de suas demandas.

De volta à gestão, em 2007, assumi o cargo de direção do Departamento de Análises e Serviços (DAS/DDASS/SESPA), passando a gerenciar uma rede de

municípios não plenos do sistema de saúde, que necessitavam do aporte financeiro e dos recursos humanos do departamento. Era necessário o deslocamento dos profissionais para os interiores para dar capacitação e treinamento de acordo com as necessidades municipais.

No nível estadual, à regulação cabia o credenciamento de serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares de municípios plenos do sistema municipal. Muitas vezes éramos acompanhados por técnicos do Ministério da Saúde a fim de proceder a supervisão e o credenciamento. Além disso, era de nossa responsabilidade, o treinamento de técnicos municipais na elaboração de seus termos de compromisso em relação ao Pacto pela Saúde, lançado pelo Ministério da Saúde, em 2006.

No período de 2011 a 2013, cursei o Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente Urbano, desenvolvendo a dissertação intitulada “Acesso de idosos aos serviços de saúde: estudo em unidades de saúde do Distrito do Entroncamento de Belém”, cujo objetivo pautou-se em analisar o acesso de idosos aos serviços de saúde, tendo em vista o conjunto de serviços ofertados.

O referido mostra minha motivação em estudar a regulação do acesso aos serviços de saúde, as dificuldades enfrentadas pelos usuários, os serviços de regulação disponibilizados pelos municípios e o comprometimento do poder público em compreender o acesso aos serviços de saúde, como direito de cidadania.

Em razão das questões citadas, me debrucei em estudar a regulação da saúde, seus limitantes e facilitadores, e os fatores que interferem para alcançar o pleno acesso do usuário aos serviços de saúde do SUS.

Limitei-me a pesquisar os complexos e centrais de regulação de municípios que fazem parte da região metropolitana I, a mais populosa do estado do Pará, com 2.223.012 habitantes (IBGE/ 2018), a partir das falas dos profissionais que atuam na regulação da saúde no SUS.

## 1. INTRODUÇÃO

O Brasil é um país de grande extensão territorial que o coloca entre os cinco maiores países do planeta. Tem uma população absoluta que extrapola duzentos e vinte milhões de habitantes, cabendo ao poder público dispor sobre sua regulação, fiscalização e controle da saúde em seu território (IBGE, 2017).

Para fiscalização e regulação dos serviços de saúde, os gestores do SUS, estabeleceram a construção de um pacto – o Pacto pela Saúde 2006, que compreende um conjunto de compromissos estabelecidos entre os gestores da saúde, com o objetivo de fortalecimento do SUS, a fim de propiciar o mais adequado atendimento de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A proposta do Pacto enfatiza como componentes, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Dentre as prioridades do Pacto de Gestão, está inserida a Regulação, que se constitui, um importante instrumento para a gestão do SUS, desde que a gestão assuma um real compromisso de beneficiar a população que dele necessita (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Respaldada nas leis que alicerçam o SUS, a regulação compreende uma série de requisitos importantes que incluem, contratação, controle assistencial, avaliação da atenção, auditoria, vigilância epidemiológica e sanitária; o acesso dos usuários aos serviços de saúde; e a garantia de entrada ao sistema, de forma universal, integral e equânime à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Considerando-se as questões mencionadas e respaldando-se na política ministerial que prioriza as três dimensões de atuação da regulação: em nível dos sistemas de saúde, na execução de ações de monitoramento, controle, avaliação auditoria e vigilância; na regulação da atenção à saúde na garantia adequada de prestação de serviços à população; e na regulação assistencial, que prioriza os fluxos assistenciais de acesso ao usuário aos serviços de saúde, elaborou-se a questão de pesquisa: Quais fatores dificultam a regulação da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde no estado do Pará?

A problemática se sustenta pela dificuldade que os setores de regulação encontram em possibilitar o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde de

média e alta complexidade, dentre eles, consultas, exames e internações. O obstáculo para o acesso se expressa, cotidianamente, nos meios de comunicação; e por meio de órgãos vinculados ao Ministério Público, que tomam medidas impositivas aos setores de regulação, no sentido de garantir o acesso do usuário ao direito à saúde.

O estudo apresenta como questões norteadoras: Quais as fragilidades e potencialidades que sustentam o processo regulatório nos municípios? Complexos e centrais de regulação podem ser considerados pilares importantes na resolução de problemas de saúde? Qual o papel do profissional de regulação, considerado garantidor das autorizações de procedimentos em nível das estruturas reguladoras de saúde? O Estado brasileiro regulador proporciona a integralidade e equidade do acesso à saúde?

Pode-se afirmar que a regulação da saúde no país ainda é incipiente, considerando as necessidades de saúde da população que necessita do SUS em grande parte, precariamente atendida. Essa posição se confirma ao destacar que apesar dos avanços na forma de operacionalização da regulação assistencial, o processo de regulação em saúde, requer aprimoramento em diversos aspectos (VILARINS, SHIMIZU, GUTIERREZ, 2012).

A regulação em saúde ocorre a pequenos passos, requerendo aprimoramento em diversos aspectos, denunciando fragilidades e potencialidades, impostos pelo sistema de saúde brasileiro, quando assume posição racionalizadora de recursos na oferta de serviços, limitando quantitativo de senhas, de consulta e exames especializados, de leitos, dentre outros (VILARINS, SHIMIZU, GUTIERREZ, 2012).

É importante destacar que as fragilidades nos setores de regulação existem e para que possam ser superadas no sentido de apontar estratégias, centradas no sujeito das ações de saúde e melhorar a qualidade de assistência no SUS, há necessidade de implantar sistemas de regulação voltados às necessidades do usuário, considerando o perfil de necessidade e capacidade instalada (ROSSO, LIMA, BARBOSA, SANTOS, 2015).

Reafirma-se esse entendimento com Gawryszewski e colaboradores (2015), que destacam a fragilidade no sistema público de saúde, com práticas de regulação pouco efetivas e dependentes de mecanismos não formais de ação, centrando seu estudo em dois aspectos principais: na falta de vagas, sendo esta reconhecida como a grande barreira ao acesso; e na falta de recursos de especialidades mais complexas.

Ressalta-se que as estruturas de complexos e centrais reguladores, podem se tornar determinantes no processo organizacional da gestão da saúde, pois se constituem áreas de referência e articulação, com a possibilidade de respostas mais efetivas às unidades solicitantes e, sobretudo, ao usuário, com força capaz em colaborar na sustentabilidade do SUS (FERREIRA, MISHIMA, SANTOS, FORSTER, FERRAZ, 2010).

À regulação caberia, o estabelecimento de fluxos para o atendimento almejado não implicando apenas em racionalização de gastos. Também implicaria em evitar a restrição do acesso, intensificando os fluxos de acesso à rede assistencial. Outra questão se refere aos municípios de pequeno porte do Estado do Pará, que apresentam baixa capacidade técnica e necessitam de fluxos reguladores para garantir a continuidade da assistência à saúde de seus munícipes.

O setor privado credenciado ao SUS, também necessita de um forte componente regulador, pois possui cadastramentos com outros setores particulares e conveniados, que grande parte das vezes competem com público por serviços de saúde.

O estudo intitulado “O SUS é universal, mas vivemos de cotas”, defende que a regulação é primordial para ordenar, orientar, definir, otimizar a utilização dos recursos para a atenção à saúde, no intuito de garantir o acesso pleno da população a ações e serviços em tempo oportuno e de forma equânime (VIEGAS, PENNA, 2013).

É apontada como prioridade em relação à necessidade de reestruturação nos serviços de saúde, pois prioriza as demandas das reais necessidades da população, contribuindo para a tomada de decisão dos gestores na elaboração das

políticas de saúde e contratação de serviços (SOUSA AJ, SOUSA SST, CUNHA, 2015).

A regulação constitui-se como ferramenta de equidade, acessibilidade e integralidade na conjuntura de saúde brasileira, mas ao mesmo tempo, apresenta limitações, a exemplo do que ocorre quando pessoas necessitam de atendimento de saúde mediados pelas centrais reguladoras, manifesta pela baixa satisfação do usuário, expressa em demora na autorização de seus procedimentos de saúde.

Experiências bem-sucedidas, tem ocorrido no país. A exemplo, em estudo intitulado “Resultado da implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos nos indicadores administrativos-assistenciais em um hospital de ensino”, que apontou a melhoria nos indicadores de saúde, cujos os resultados demonstraram a necessidade de continuidade das ações regulatórias, em especial em um sistema de saúde abrangente e complexo, como é o SUS (RODRIGUES, JULIANI, 2015).

A regulação da saúde é primordial nas unidades federativas, principalmente no que se refere à utilização dos serviços de saúde, pois existe um forte descompasso entre a oferta de serviços de saúde e a necessidade do usuário. A ela caberia, o estabelecimento de fluxos para o atendimento almejado não implicando apenas em otimização de gastos. Também implicaria em evitar a restrição do acesso da população à média e alta complexidade, consideradas grandes nós no sistema de saúde brasileiro (VILARINS, SHIMIZU, GUTIERREZ, 2012)

Pela extrema importância em reorganizar o sistema de saúde, para atendimento à população, estados e municípios traçaram diretrizes que contemplassem a implantação da regulação da saúde em seus territórios e áreas de abrangência.

No ano de 2006, o Estado do Pará, aprovou na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), o Projeto de Regulação do Estado, apontando como estratégia de regulação assistencial a implantação de complexos (CRg) e centrais de regulação (CR), vislumbrando a possibilidade de diminuir as diferenças regionais e as distorções observadas na prestação da assistência (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARÁ, 2011).

Como critérios para composição e abrangência dessas estruturas de regulação, foram definidos o Plano Diretor de Regionalização (PDR), a Programação Pactuada Integrada (PPI), o quantitativo de consultas, exames e internações do ano de 2005 e dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES/MS). O PDR e a PPI foram os instrumentos norteadores escolhidos pela Secretaria de Estado para a conformação dos complexos e centrais reguladoras no Pará (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARÁ, 2011).

Por meio do CNES/MS, tornou-se possível conhecer as reais condições de funcionamento dos estabelecimentos de saúde, cadastrados e da possibilidade de promover a regulação dos serviços de saúde no âmbito dos municípios e Estado.

A Portaria MS/GM nº 2.935 de 14/11/2007, qualificou o estado do Pará e os municípios de Belém, Capanema, Breves, Santarém, Tucuruí, Marabá, Altamira e Redenção a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de complexos reguladores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Em dezembro de 2007, o Estado do Pará aprovou na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) o seu Termo de Compromisso de Gestão Estadual (TCGE) do Pacto pela Saúde, o qual destacou sua responsabilidade na área de regulação, controle, avaliação e auditoria no SUS. Os 144 municípios do Estado, ainda se encontram com seus Termos de Compromisso (TCM) em diferentes estágios de construção e sua finalização torna-se imprescindível para a consolidação de um projeto de regulação realmente eficaz.

A Resolução CIB nº 61, de 15/05/2008, estabeleceu que os recursos federais de incentivo financeiro para a implantação de CRg e CR (centrais de regulação), que foram alocados ao teto financeiro do Estado, deveriam ser repassados diretamente do Fundo Estadual de Saúde (FES) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS).

Após recebimento dos recursos financeiros, os técnicos da CGRA (Coordenação Geral de Regulação e Avaliação) do Ministério da Saúde encaminharam à SESPA, uma lista de sugestões de pontos estratégicos para implantação e levantamento das informações de acordo com o projeto encaminhado pelo Estado.

Na lista, constavam prazos para implantação, definição da rede e de fluxos, estrutura física dos complexos e centrais de regulação, projeto de informatização de rede, monitoramento do complexo regulador (matriz) e cobertura do cartão nacional de saúde. Propunham que para implantação da regulação no Estado seriam necessárias algumas definições quanto à PPI e regionalização, considerando o perfil epidemiológico do Estado, o plano de saúde, a oferta de serviços e os recursos disponíveis.

Em 2008, a Diretoria de Desenvolvimento e Acompanhamento dos Serviços de Saúde (DDASS/SESPA), em parceria com técnicos do Ministério da Saúde, realizaram oficinas com representantes dos municípios que atuavam como complexos reguladores e centrais de regulação do Estado, com o intuito de apresentar o aplicativo do Sistema de Regulação (SISREG) e proporcionar adesão dos referidos municípios a este sistema operacional (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARÁ, 2011).

Durante as oficinas de capacitação, coube a cada município apresentar a matriz de monitoramento da execução física do complexo regulador, como forma de acompanhamento do processo de implantação por parte da SESPA e Ministério da Saúde.

Nessa matriz constava levantamento de informações quanto aos dados financeiros recebidos, características do projeto (implantação ou implementação) e andamento da execução física do projeto (reforma ou adequação da área física, estrutura lógica e de telefonia, mobiliário, equipamentos de informática e capacitação de equipes).

Foram disponibilizados pela equipe de técnicos do CGRA/ MS, os dados para a configuração, e implantação do SISREG, que incluíam: a) lista dos procedimentos a serem regulados, de unidades solicitantes e executantes; b) configuração de agendas (procedimentos de consulta, exames, dentre outros); c) levantamento da situação atual do cadastro de usuários (Cartão Nacional de Saúde); d) definição dos fluxos da fila de espera, entre outros de relevância para a ação do complexo regulador.

O MS permitia a quem dominasse a tecnologia, trabalhar com o código-fonte do SISREG e alterá-lo de acordo com as necessidades municipais, tendo em vista

que este não atende a todas as funcionalidades necessárias ao processo de regulação.

A necessidade de regulação no SUS do Pará, reforça a consolidação do processo de regionalização e para proporcionar a ordenação do acesso à consultas e exames especializados por meio da CR, foi aprovado pela Resolução CIB/PA nº 74 de 30 de abril de 2014, o Protocolo de Regulação do Acesso à Consultas e Exames de média e alta complexidade e alto custo (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ, 2011).

A regulação em nível hospitalar foi iniciada em 2015, através do Sistema Estadual de Regulação - SER junto à Rede hospitalar contratualizada de abrangência do CRR Capanema, ainda em fase de implementação.

É importante frisar que a regulação nos serviços de saúde do SUS, é uma das funções essenciais do Estado, que é responsável, em definir regras e padrões de contratos necessários ao provimento e à prestação de serviços de relevância e qualidade à população. Ela visa ordenar funções operativas dentro dos limites estabelecidos, afim de garantir o funcionamento do sistema de saúde (FARIAS, GURGEL JR, COSTA, BRITO, BUARQUE, 2011).

A implantação do SISREG no Pará, entre 2010 e 2014, trouxe certo grau de visibilidade para a regulação em saúde, sendo necessário continuar as implementações do processo regulatório no Estado, com a implantação de protocolos e fluxos regulatórios, de referência e contra referência, e de atendimento segundo classificação do grau de risco e critérios de priorização em conformidade com o estabelecido na Política Nacional de Regulação em Saúde e adotado nos Planos Estaduais de Rede Assistenciais

Há limitações e potencialidades para que a gestão do SUS seja efetiva. Dentre as potencialidades, há destaque para a qualificação da gestão, aprimoramento de mecanismos para o monitoramento e avaliação; necessidade de avaliação dos modelos alternativos de gestão envolvendo as parcerias públicas privadas e o estabelecimento de um plano de ação para melhorar a gestão dos recursos e sua eficiência (SOUZA *et al*, 2018).

Dentre os mecanismos de monitoramento do SUS, destaca-se a regulação enquanto ferramenta de gestão. Nesse sentido, entende-se que estudos sobre regulação da saúde partindo-se de uma conjuntura formatada pela gestão do SUS, pautada na regulação da assistência a partir do Pacto pela Saúde, impulsionariam ações que melhorariam o acesso do cidadão aos serviços de saúde, mesmo compreendendo que há problemas de ordenamento de serviços e de governança na ótica da eficiência e qualidade da assistência.

Defende-se a regulação sustentada nos princípios do SUS, mas com instrumentos legais eficientes, conforme o estipulado no documento intitulado “Relatório de pesquisa: cenários e desafios do SUS desenhados pelos atores estratégicos”. No referido documento mais de 50% dos entrevistados propõem regular serviços ofertados pelo SUS, a partir do fortalecimento de mecanismos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS), adoção de protocolos clínicos fundamentados na medicina baseada em evidências e utilização de instrumentos de gestão da clínica (SOUZA *et al*, 2018).

A relevância pública do estudo permitiu evidenciar as facilidades e dificuldades enfrentadas pelos municípios do Estado do Pará, nas estruturas de regulação, no sentido de oferecer subsídios para facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde do SUS.

Há escassez de estudos na área de regulação no estado do Pará, e o único trabalho relevante, “Subprojeto QualiSUS – Rede para a Região Metropolitana I de Belém (2012), restringiu-se em referir a composição das estruturas de regulação dos municípios e a implantação do SISREG.

Esse estudo se processa pautado em teóricos da saúde coletiva que discutem o papel do Estado e sua responsabilidade em assegurar a saúde enquanto direito constitucional, se utilizando de ferramentas para a garantia desse direito, sendo a regulação da saúde, uma delas.

Teóricos como Ligia Bahia, Lígia Gilvanella, Maria Cecília Minayo, Paulo Buss, Sônia Fleury, Tatiana Wargas, Cristiani Machado, Cristina Loyola, José Carvalho de Noronha e outros, vinculados ao Centro Brasileiro de Estudos em

Saúde (CEBES) e à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), grandes estudiosos no campo da saúde coletiva, que têm um notável debate neste campo, propiciaram motivação e inspiração para a realização deste estudo.

## **2.OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a regulação dos serviços de saúde na Região Metropolitana I do estado do Pará, tendo em vista, complexos e centrais de regulação, preconizados pela legislação do SUS

### **2.2 Objetivos específicos**

1. Destacar o perfil e a atuação dos profissionais reguladores da saúde.
2. Identificar fatores facilitadores e limitativos do processo regulatório.
3. Investigar se os complexos e centrais de regulação, repercutem no acesso qualificado da população aos serviços de saúde.
4. Discutir o estado regulador da saúde e sua concepção ideológica para sustentação da política de regulação instituída nos níveis de governo.

### **3.REFERENCIAL TEÓRICO**

A literatura demonstra quatro linhas que protagonizam as ações de regulação em saúde: na ótica do poder público por meio dos gestores; dos prestadores de serviços; dos profissionais reguladores; e dos usuários.

Na ótica do poder público, far-se-á um paralelo entre estado provedor centralizado e estado regulador descentralizado. Após, serão abordados aspectos conceituais sobre a regulação em saúde, a legislação de regulação, os complexos e centrais reguladores, e os fatores facilitadores e limitantes do processo regulatório, e, finalmente, a gestão reguladora da saúde, enfatizando a atuação dos gestores e dos profissionais reguladores, personagens importantes no processo de regulação da saúde.

#### **3. 1 Estado provedor centralizado**

A previdência social no Brasil praticamente deu seus primeiros passos com a Lei Elói Chaves, de 1923, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizadas por empresas e empregados, mas com muitas fragilidades, dentre elas as fraudes na concessão de benefícios. As CAPs tinham caráter individualizante e medicalizante, pautadas no modelo curativo-privatista e medicina liberal, que negava a relação da doença com as condições de vida dos indivíduos e coletividades (SANTOS, MERHY, 2006; AGUIAR, 2011).

Em 1930, no governo do presidente do Brasil, Getúlio Vargas, as CAPs, foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que se tornaram altamente centralizados pelo governo federal, cuja filiação se dava por categorias profissionais. Esses institutos priorizavam a contenção de gastos, tendo em vista a política de acumulação do capital necessário ao investimento de outras áreas de interesse do governo (AGUIAR, 2011)

Os IAPs foram bastante criticados por gerarem iniquidades, pois benefícios e serviços eram diferentes entre as categoriais de profissionais, dependendo da sua importância na economia, além de excluir a população não inserida no mercado formal de trabalho (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

Até a década de 1930, cabia ao Estado cuidar das ações de caráter coletivo, como o saneamento dos portos e as campanhas sanitárias, visando assegurar o controle das endemias que comprometiam o desenvolvimento da economia agroexportadora. A postura assumida pelo Estado era rigidamente atrelada aos princípios do liberalismo de não-intervenção na política trabalhista e social (FRANÇA, 2014).

Aquela época deixou como legado a dicotomia na qual a saúde pública era voltada para o controle e erradicação de doenças, enquanto que a assistência médica apresentava um caráter individual, destinada aos indivíduos portadores de doenças que os impedia de trabalhar.

As ações de controle da assistência à saúde, se fizeram presentes nas CAPs e IAPs e posteriormente, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, resultante da fusão de todos os IAPs. O INPS estabeleceu convênios para prestação de assistência médica, passando à contratação de serviços privados para atender aos trabalhadores de carteira assinada e vínculo empregatício formal (AGUIAR, 2011).

Os recursos do INPS provinham das contribuições dos empregados, dos empregadores e da União, que se encarregavam dos gastos administrativos do órgão. O Estado estabelecia regras para compra de serviços e medicamentos; e com o INPS, na regulação da rede prestadora de serviços de saúde, fraudes e corrupção, tornaram-se frequentes. O INPS efetuava pagamento de serviços por unidades de serviços (US), as quais tinham baixo valor e eram pagas por produção (AGUIAR, 2011).

No governo militar na década de 1960, o modelo implantado na saúde era privatizante, centrado no sistema hospitalar, curativista e biologicista, com elevada utilização de equipamentos, fármacos e tecnologia de ponta, iniciando uma grande expansão do setor privado na saúde, que vendia serviços ao Estado (FRANÇA, 2014)

O regime autoritário de 1964 produziu profundas alterações no modelo de políticas sociais, criando investimentos públicos alicerçados na viabilidade financeira, de modo que as práticas sanitárias se baseavam em motivações econô-

micas como as que determinaram a criação da Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), nos moldes do sanitarismo campanhista (FRANÇA, 2014).

No período de 1964 a 1973, houve piora dos indicadores de cobertura das políticas sociais, em especial da mortalidade infantil que reverteu a tendência de decréscimo a qual vinha ocorrendo desde 1950. De 1968 a 1974 o desenvolvimento da economia aconteceu com concentração de renda e degradação das condições de vida e saúde da população (FARIAS, GURGEL JR, COSTA, BRITO, BUARQUE, 2011).

Em 1978, as ações de controle assistencial começaram de forma mais estruturada com a constituição do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que atuava junto aos prestadores privados contratados, buscando controlar, principalmente, a produção e os gastos na assistência médica dos segurados. Apresentava forte descompasso com o poder de resolutividade e necessidades da população, simplesmente reproduzindo a série histórica de autorizações de internação hospitalar (FARIAS, GURGEL JR, COSTA, BRITO, BUARQUE, 2011).

O INAMPS, disseminava-se por todo o território nacional, com hospitais e postos de assistência médica, sendo que à época, 70% dos serviços prestados aos trabalhadores eram contratados do setor privado, por sistema de contratos realizados centralizadamente pela esfera federal (SANTOS, MERHY, 2006).

Os procedimentos de autorização de internação hospitalar (AIH) e o de assistência ambulatorial eram controlados por um sistema próprio informatizado, o DATAPREV (Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social), que levava o INAMPS a ter um serviço próprio de auditoria dos serviços contratados de terceiros, fiscalizando-os (SANTOS, MERHY, 2006).

O sistema de proteção social brasileiro nesse período (década de 1970), possuía características nítidas com o modelo econômico conservador e socialmente excludente; centralização política e financeira no nível federal; exclusão da participação da população nos processos decisórios; privatização de serviços, dentre outros (MACHADO, BAPTISTA, LIMA, 2012).

É importante destacar que Santos e Merhy (2006), afirmam que já havia uma regulação que se efetivava por uma relação comercial e de pagamento por procedimentos, caracterizada por atos isolados e de maior custo; por uma operação administrativa pautada em autorizações e glosas de serviços; e regulação financeira definida pelas ações que delimitava quantidade e condições de acesso aos usuários do sistema.

Nas décadas de 1980 e 1990, ocorreu um movimento de substituição do Estado positivo – planejador, sanitaria-desenvolvimentista, produtor direto de bens e serviços e empregador – pelo Estado regulador, pensado e idealizado pelos ideários da reforma sanitária, que combatiam a frouxidão que ocorria à época em relação aos prestadores do serviço privado contratado (MACHADO, BAPTISTA, LIMA, 2012).

### **3. 2 Estado regulador descentralizado.**

A preocupação em racionalizar gastos com a saúde privada, responsável pela maior parte das despesas, cria força na década de 1980. Os intelectuais à época defendiam o controle rigoroso da rede privada pelo Estado, a fim de inverter a lógica privativa em favor do serviço público.

A Constituição Federal de 1988, garante aos cidadãos o direito de acesso universal e integral aos cuidados de saúde, o que requer mudanças na forma de compreensão da regulação em saúde, visto que as atribuições do Estado para garantir esse acesso ampliaram-se (VILARINS, SHIMIZU, GUTIERREZ, 2012). No entanto, a mesma reflete as contradições e disputas entre projetos políticos distintos.

Para Souza Filho (2013), a efetivação da política social no Brasil, à exemplo do SUS, sofreu os constrangimentos e determinações de uma política econômica e social de corte liberal e regressiva, reduzindo as possibilidades de sua efetivação.

Em 1988, o Brasil incorporou o ideário do Estado de bem-estar social em sua Constituição, aos moldes europeus, que colocou o Estado como grande promotor social e organizador da economia, como regulamentador da vida social, política e econômica do país, com o objetivo de garantir serviços públicos e proteger a sociedade(VILARINS, SHIMIZU, GUTIERREZ, 2012).

Os Welfare States, ou seja, os Estados de bem-estar social, nas décadas de 80 e 90, tornaram-se mecanismos de integração que neutralizava as características destrutivas da modernização, realizadas por meio de políticas distributivas (FLEURY, OUVENEY, 2012). A intenção dos países industrializados do Primeiro Mundo, era introduzir métodos mais igualitários nos sistemas de proteção social.

Na prática, se diferenciava em muito do Estado do Bem-Estar social aos moldes brasileiros, que pouco garantiu direitos públicos universais, nem tão pouco reduziu desigualdades sociais (FAGNANI, 2008; FLEURY, 2008; PAIM, 2010; SILVA, 2015).

A partir da instituição do SUS em 1988, leis orgânicas 8.080 e 8.142, ambas de 1990; e Normas Operacionais Básicas (NOBs) 01/91, 01/92, 01/93, 01/96 e Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002; os processos regulatórios começaram a se intensificar no país, especialmente com a criação de novos instrumentos de regulação, como a Lei 9.656/98, que regulamentou os planos de saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (9.782/99) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (Lei 9.961/00).

O novo padrão pautado na Constituição Federal caracterizava-se pela universalidade na cobertura, o reconhecimento de direitos sociais, o dever do Estado perante à sociedade e subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nessas áreas (FLEURY, OUVENEY, 2012).

Observou-se amplo processo de descentralização aos Estados e Municípios, que passaram a assumir mecanismos regulatórios junto aos prestadores dos serviços de saúde, desenvolvendo instrumentos de gestão destinados a intensificar os processos de regulação em suas áreas de atuação (FLEURY, OUVENEY, 2012).

Entre 1988 e 1992, a reforma sanitária se deparou com governos distintos, mas que reforçaram o poder conservador em saúde, com a implantação do SUS e o apoio ao modelo médico-assistencial privatista reciclado de assistência médica supletiva, que ampliaram-se sob diversas modalidades, como: medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro-saúde, evidenciando o florescimento do projeto

conservador antagônico à política pública defendida pela reforma sanitária (AGUIAR, 2011).

A partir de 2006, o Pacto pela Saúde, trouxe uma mudança importante para a gestão do SUS, pois definiu a regulação como diretriz que configura uma linha de financiamento de custeio específica; conceitua as principais estruturas regulatórias; e lista os princípios orientadores do processo de regulação (NASCIMENTO, DAMASCENO, SILVA MJ, SILVA MVS, FEITOZA, 2009).

Pelo Pacto, a regulação dos prestadores de serviços deve ser assumida por um único gestor, preferencialmente pelo município. A regulação das referências interestaduais seria de responsabilidade do gestor estadual (LOBO, LIMA, ACIOLI, 2011)

A Política Nacional de Regulação – PNR, definida pela Portaria/GM nº 1.559 de 1º de agosto de 2008, delimita claramente a função de cada esfera do governo e dimensiona o processo regulatório em: regulação da atenção à saúde, regulação assistencial e regulação do acesso.

Nessa perspectiva o gestor em saúde, por meio da União, Estado ou Município, passa a ser fundamental, para desenvolver articulações e planos; tem a responsabilidade de coordenar, articular, negociar, planejar, acompanhar, controlar e avaliar o sistema de saúde (BERRETTA, LACERDA, CALVO, 2011).

Até aproximadamente 1970 o Estado desempenhou o papel de provedor direto de bens e serviços, do tipo assistencialista, além de atuar como interventor nos processos de mercado, ou seja, o sentido de Estado regulador, atrelado aos ditames neoliberais só ficou claro na década de 1990.

A política neoliberal se constitui em um conjunto de idéias políticas e econômicas capitalistas que defendem a não intervenção do Estado na economia, no sentido de garantir total liberdade ao mercado, a fim de proporcionar crescimento econômico e desenvolvimento social. O poder do Estado efetivo é gradualmente substituído pelo Estado mínimo, cuja função básica seria desenvolver o papel regulador do desenvolvimento econômico, transferindo para o setor não-estatal, os serviços de saúde, dentre outros (BASTOS, 2016).

O Estado neoliberal realiza uma expansão de políticas paliativas visando conter os conflitos sociais e se legitimar e alia a este processo uma forte política

repressiva, com a redução dos gastos estatais e o livre mercado, a fim de proporcionar uma política estatal favorável à retomada da acumulação capitalista, bem como a nova política fiscal e internacional (VIANA, 2009).

Segundo Ibanhes et al (2007), a regulação tem como fundamentação a macropolítica de ajuste econômico, de viés neoliberal, a partir da privatização de setores estratégicos como as áreas de energia, telecomunicações, petróleo e gás, vigilância sanitária e saúde.

Pautando-se nessa lógica, em meados de 1995, o Estado mantém uma estrutura favorável à propriedade privada, ao livre mercado e ao livre comércio, tornando-se realmente mínimo à grande massa populacional e máximo ao fomento do capital privado (SADER, 2008).

Passa a ser de fato um Estado regulador de cunho, com expressiva retração dos direitos sociais e ampliação de uma complexa combinação público-privada (PAIM, 2010; SILVA, 2015), que repercutem negativamente no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde da população.

Para Majone (2014), o que se observa na prática é uma combinação de desregulação e nova regulação, possivelmente em um nível diferente de governança. Assim, a desregulação em uma de suas vertentes, pode significar regulação menos rígida ou restritiva, com métodos menos pesados, em razão da pressão de potentes forças tecnológicas, econômicas e ideológicas.

No SUS, o exercício da regulação é muito complexo, considerando as competências concorrentes das três esferas federadas, União, Estado e Município, além da distinção entre público e privado, pois a empresa privada, mesmo que pactuada com o Estado ou Município, continuará regida segundo as normas do direito privado e movida, prioritariamente, pela lógica empresarial (FRANÇA, 2014).

No entanto, é importante frisar que mesmo nessa condição, enquanto instituição integrante da rede credenciada ao SUS, a rede privada, necessita se submeter à regulação da saúde, proposta pelo Município ou Estado, pois isso repercute no acesso da população.

Há convicção de que provedores de serviços devem estar sob regulação, independentemente de serem entes públicos ou privados, uma vez que a ação

regulatória otimiza os recursos disponíveis e favorece o devido acesso dos usuários aos serviços de saúde (VILARINS, SHIMIZU, GUTIERREZ, 2012).

Com a introdução de novas modalidades de gestão no SUS, tais como as Organizações Sociais de Saúde (OSS) e as Fundações Estatais de Direito Privado, que permitiram novos desafios na compreensão do público/privado no sistema de saúde brasileiro e na discussão da regulação em saúde (ARAÚJO, 2010), o Brasil passou a apresentar inúmeras contradições em relação a essa questão. Dentre elas, cita-se como exemplo as unidades filantrópicas e o setor conveniado, que são duplamente favorecidos com o aumento do valor médio das internações e dos benefícios fiscais (FARIAS, GURGEL JR, BRITO, BUARQUE, 2011).

Muitas entidades sem fins lucrativos vislumbraram lucro, principalmente em torno de especialidades mais bem remuneradas no SUS. Interesses privados e interferências clientelistas, obstruíram as possibilidades de coordenação do cuidado na rede intermunicipal e transformaram o direito à saúde do usuário, em troca de favores (SANTOS, GIOVANELLA, 2016).

Há reconhecimento que a contratação de organizações não governamentais, filantrópicas, privadas e/ou de qualquer outra natureza carece de forte componente regulador (cujo alvo seria o acesso qualificado do usuário), considerando que grande parte de estabelecimentos privados são conveniados a outras operadoras do setor suplementar além de serem credenciados ao SUS. Isso demonstra a fragilidade do processo regulatório.

Uma das dificuldades é como incluir na regulação dos contratos a qualidade e efetividade dos serviços contratados. São definidos quantitativos de serviços, sem critérios de acompanhamento e avaliação de resultados, o que compromete a atenção (LOBATO, GIOVANELLA, 2012). A face interna do Estado Regulador inclui a descentralização e a regionalização administrativas; a divisão de entidades em unidades com orçamentos próprios; a delegação de responsabilidade pela prestação de serviços a organizações privadas, lucrativas ou sem fins lucrativos, dentre outros (MAJONE, 2014).

Enfim, o Estado brasileiro, perpassa por uma condição de garantir o crescimento do setor privado, ao mesmo tempo em que tenta romper com uma

estrutura de saúde criada pela reforma sanitária, que instituiu o SUS enquanto bandeira de luta, assegurada pela Constituição Federal de 1988.

Ressalta-se que a regulação no setor saúde, tem o Estado como um dos seus sujeitos, além de outros sujeitos sociais não estatais, como: segmentos capitalistas presentes no setor, corporações profissionais, usuários organizados (conselhos de saúde, por exemplo), dentre outros. Um dos desafios é compreender a multiplicidade de cenários, sujeitos, ações e interesses, e de implementar estratégias baseadas em marco regulatório centrado no usuário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Reforça-se que até o final da década de 1980, as políticas de saúde no Brasil se inseriam no modelo residual e meritocrático, ou seja, não abrangiam toda a população e estavam vinculadas ao sistema previdenciário – só recebia atendimento quem tivesse a carteirinha do INPS (DOBASHI, BRÊTAS JUNIOR, SILVA, 2010). Havia, ainda, os que podiam pagar pelos serviços e aqueles que dependiam da filantropia.

No momento atual discute-se em como garantir a sustentabilidade do SUS a fim de garantir seus princípios em relação ao acesso dos usuários aos serviços de saúde na lógica privada? Será que o Estado regulador, máximo ao mercado e mínimo aos direitos sociais continua moldado às forças neoliberais? A função do Estado como mediador e regulador da saúde, se tornará em breve uma utopia ou continuará sendo mínimo à população?

Por um lado, tem-se um sistema com significativos avanços, de outro há entraves que são produtos de uma cultura de dependência de prestadores privados de serviços do SUS aos moldes do mercado capitalista, afastando-se dos princípios da reforma sanitária brasileira, reconhecida oficialmente na Constituição de 1988 (MENDES, GARCIA, OLIVEIRA, FERNANDES, 2011).

O Estado necessita ser presente na vida do povo justamente porque nele estão presentes seus escolhidos no processo eleitoral, cuja missão encontra-se em garantir direitos a necessidades básicas, dentre elas a saúde. Um Estado realmente regulador apresenta como características principais a definição de alvos a serem alcançados no estabelecimento de políticas públicas em favor do cidadão, além de

um sistema de monitoramento e avaliação para análise de resultados esperados (VILARINS, SHIMIZU, GUTIERREZ, 2012).

Segundo Fleury (2012), cabe discutir o modelo de Estado comprador de serviços, não mais provedor ou gestor, e a introdução da lógica de mercado na gestão dos serviços, que tende a distorcer o direito à saúde. Nesse cenário, vale salientar que a reprodução do modelo hegemônico, baseado em procedimentos em uma baixa resolutividade da atenção básica e o pagamento por procedimento, baseado em séries históricas, pode não representar as necessidades reais de saúde da população.

### **3.3 A regulação da saúde.**

#### **3.3. 1 Aspectos conceituais de Regulação em saúde**

A regulação é função essencial do poder político, entendido como a atividade de organização dos processos decisórios. Discute-se o termo em duas vertentes: primeiro por ser um conceito polissêmico, pela diversidade dos sistemas de saúde e abrangência da função de Estado na saúde (MAGALHÃES JR, 2006); e segundo por harmonizar interesses de naturezas tão diversas e até contraditórias (interesses econômicos, sociais, público ou privado) (OLIVEIRA, ELIAS, 2012).

O termo regulação tem sido utilizado no âmbito da saúde, associado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, mesmo nos majoritariamente públicos, não sendo apenas uma função de regulação das relações de mercado na saúde.

A regulação é apresentada como uma atividade do Estado ligada a uma variedade de funções: normativa, administrativa, econômica, política e de governança, utilizadas nas diferentes formas de intervenção do Estado (OLIVEIRA, ELIAS, 2012). Infere-se Estado a poder governamental que impõe medidas nas esferas de decisão que representa.

Sob a ótica da teoria econômica clássica, a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir falhas de mercado, utilizando-se de incentivos financeiros, de comando e controle (SANTOS; MERHY, 2006). Tais

falhas ocorrem quando as perfeitas condições de competição do mercado capitalista, voltadas para a lei da oferta e da procura, não estão plenamente satisfeitas.

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 na distribuição dos recursos. Pode ser vista como a 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 dos serviços, para a atuação dos mercados (LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

Na área da saúde, o Estado é o principal sujeito da regulação, compreendendo três níveis de atuação: a) regulação sobre sistemas de saúde; b) regulação da atenção à saúde e; c) regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial (OLIVEIRA, ELIAS, 2012).

### 3.3. 2 Legislação da Regulação em Saúde

A literatura aponta que as ações de controle assistencial iniciaram primeiro que as de regulação sobre os serviços de saúde. Por meio das Secretarias de Controle e Avaliação, o INAMPS, a partir de 1978, atuava junto à rede prestadora privada no controle assistencial e contábil-financeiro (MENDES, GARCIA, OLIVEIRA, FERNANDES, 2011).

Na lei 8.080/1990 no inciso XI do artigo 15, consta a elaboração de normas para regular os serviços privados de saúde, tendo em vista sua relevância pública; e o artigo 16, XIV, traz “elaborar normas para regular as relações entre o SUS e os serviços privados contratados”(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em razão do processo de regionalização, cuja estratégia é conformar uma rede hierarquizada de referência especializada, com fluxos de referência e contra referência e implantação de instrumentos e mecanismos que possibilitassem o acesso dos usuários aos serviços, vem à pauta a regulação assistencial em substituição a outras denominações deixadas pelas NOBs (GUERREIRO, BRANCO, 2011).

Para a NOAS/2002 a regulação assistencial é definida como a disponibilização da assistência mais adequada às necessidades do usuário, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, a ser viabilizada por complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho – centrais de regulação, responsáveis pela regulação das urgências, consultas, exames e outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria MS/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, é considerado uma estratégia de pacto federativo, articulado em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Pacto pela Vida estabelece o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades por apresentarem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. O Pacto em Defesa do SUS, expressa o compromisso entre os gestores com a consolidação da reforma sanitária, explicitada na defesa dos princípios do SUS, no sentido de desenvolver e articular ações no âmbito de suas competências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Com o Pacto pela Saúde 2006, os municípios e estados substituem suas habilitações previstas na NOB/96 e NOAS/2001 (que definia responsabilidades de acordo com o nível de gestão) e aderem de forma solidária aos termos de compromisso de gestão (TCG). Nesse sentido, estados e municípios, passam a ser responsáveis pela integralidade das ações, devendo garanti-las por meio da pactuação solidária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

No TCG, municípios e estados definem as ações que realizam e estipulam prazos para realizá-las, como também pactuam recursos para viabilizar as ações. Diante dele o gestor assume compromissos perante os outros gestores e à população sobre suas responsabilidades (MENDES, GARCIA, OLIVEIRA, FERNANDES, 2011).

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades de cada ente federado, buscando diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS (MEDINA, AQUINO, CARVALHO, 2000; GUERREIRO, BRANCO, 2011).

Estabelece diretrizes para a gestão do sistema de saúde, em aspectos vinculados à descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; programação pactuada integrada (PPI), regulação; participação e controle social; gestão do trabalho e educação na saúde.

As CIBs e CIT, protagonizam o processo de descentralização compartilhada. Ambas são consideradas instâncias de pactuação e deliberação para realização de pactos.

A descentralização refere-se à distribuição das funções administrativas entre os níveis de governo, permitindo que um dado nível de governo desempenhe funções de gestão, em uma determinada política, por meio das mais variadas formas de transferência de recursos e delegação de funções (GUERREIRO, BRANCO, 2011).

Dobashi e colaboradores (2010), consideram que a descentralização pouco avançou, uma vez que na prática ainda permanece a centralização pelo MS de muitas ações administrativas que já poderiam ter sido descentralizadas para as CIB, como, por exemplo, o credenciamento de Centros de Especialidades Odontológicas, equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) dentre outros. No entanto, a descentralização tornou-se um instrumento potencialmente estratégico de rompimento com as tendências centralizadoras, concentradoras e excludentes da política social (MENDES, GARCIA, OLIVEIRA, FERNANDES, 2011).

A regionalização orienta a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. É considerada uma diretriz do SUS, sendo o eixo estruturante do Pacto de Gestão. Por meio dela são reconhecidas as regiões de saúde, objetivando garantir o acesso, a equidade, integralidade da atenção, racionalização dos gastos e otimização dos recursos.

A construção das redes regionalizadas de atenção à saúde, tal como proposto na regionalização preconizada no pacto, depende, por um lado, de se superarem obstáculos macroestruturais e de um adequado planejamento das políticas do SUS (MENDES, GARCIA, OLIVEIRA, FERNANDES, 2011).

Depende também, por outro lado, de descentralização do processo de gestão para que os atores locais: gestores, trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e usuários se tornem protagonistas mais relevantes na pactuação de novos compromissos e responsabilidades (DOBASHI, BRÊTAS JUNIOR, SILVA, 2010).

Machado (2009) faz ponderações em relação à regionalização solidária entre os entes federados a partir das diretrizes do Pacto de Gestão, pois observa a perda da eficácia da ação solidária uma vez constatada a falta de reciprocidade dos agentes ao assumirem condutas egoístas, retroagindo para uma orientação de auto interesse. Defende que a instauração de relações intergovernamentais solidárias no SUS, requer medidas que aprofundem o controle e o disciplinamento no exercício dos poderes que presidem a firmação do pacto em um contexto conflituoso existente no nível federativo.

O processo de planejamento da regionalização, deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Será baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com a definição de objetivos que inclui monitoramento e avaliação, a fim de consolidar as diretrizes do SUS (DOBASHI, BRÊTAS JUNIOR, SILVA, 2010).

Os principais instrumentos de planejamento são o PDR, o PDI e a PPI. O planejamento regional terá condições de expressar as responsabilidades dos gestores para com a saúde da população de seu território e o conjunto de objetivos e ações, cujas prioridades, deverão estar refletidas no plano de saúde do município e estado (HEIMANN, IBANHES, BOARETTO, KAYANO, 2011).

O Pacto pela Saúde cria, ainda, uma importante ferramenta para o gestor, que é o Colegiado de Gestão Regional (CGR). Sua função é instituir um processo dinâmico de planejamento regional capaz de expressar tanto as prioridades locais como os compromissos entre os gestores do SUS, com repolitização da saúde, promoção da cidadania e garantia de financiamento de acordo com as necessidades do SUS (HEIMANN, IBANHES, BOARETTO, KAYANO, 2011).

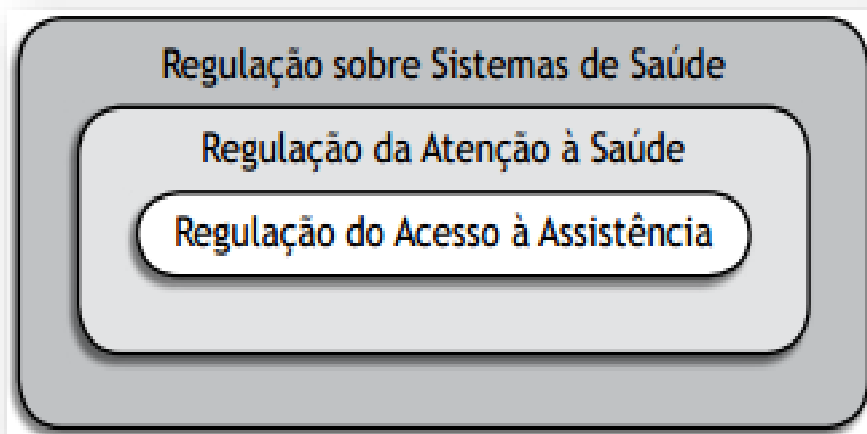
A partir do Pacto e pela necessidade de fortalecer os instrumentos de gestão do SUS, e o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, é instituída a Política Nacional de Regulação do SUS – Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, em todas as unidades federadas, como

instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

Conforme referido, no artigo 2º da portaria supracitada, as ações de regulação estão organizadas nas dimensões, conforme Figura (1).

I - Regulação de Sistemas de Saúde: executa ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância no sistema;  
II - Regulação da Atenção à Saúde: garante a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando dirigida aos prestadores públicos e privados, e, III - Regulação do Acesso à Assistência (regulação assistencial), tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Figura1 – Dimensões da Regulação em Saúde, Ministério da Saúde, 2008.



Fonte: Ministério da Saúde, 2008.

### 3.3. 3 Complexos e Centrais de Regulação

Os complexos reguladores consistem em um conjunto de ações articuladas, que permitem a regulação do acesso à assistência, expressos em centrais de regulação, que recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam, garantindo o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde, a partir do conhecimento da capacidade de produção instalada nas unidades prestadoras de serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os complexos reguladores possuem estruturas preconizados pelo SUS que são caracterizados como CRg Estadual (gestão e gerência estadual), CRg Regional (gestão e gerência estadual, compartilhada com o município) e CRg Municipal (gestão e gerência municipal) (BARBOSA D, BARBOSA N, NAJBERG, 2016).

A implantação dos complexos reguladores contempla uma estrutura mínima de funcionamento, composta por infraestrutura de mobiliário e equipamentos, inclusive de informática; além de um processo de capacitação permanente de recursos humanos, para preparação de multiplicadores locais.

Dados ministeriais (MS, 2006) apontam que as Centrais de Regulação (CR), como estruturas básicas do complexo regulador, atuam em áreas assistenciais e são classificadas em:

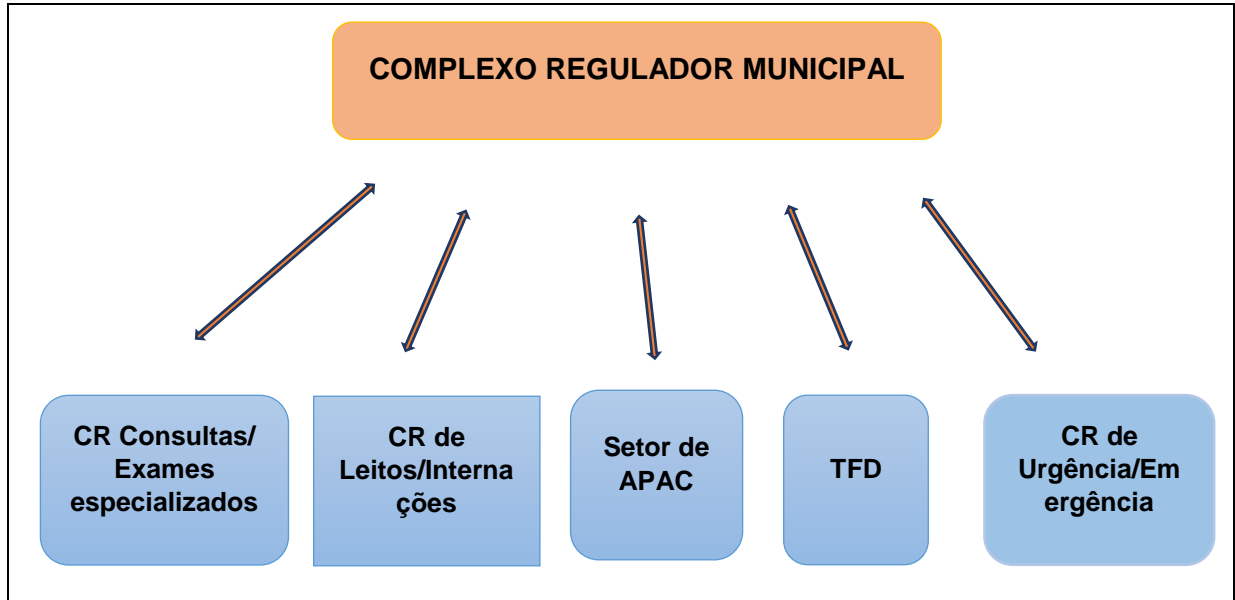
- CR de Urgência, que regula o atendimento pré-hospitalar de urgência, realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;
- CR de Internações, responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS;
- CR de Consultas e Exames, responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, aos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapia – SADT, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais especializados ou não;
- Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade – CNRAC; ou CERAC (Central Estadual de Alta Complexidade, como forma de melhor qualificar o acesso de pacientes a alta complexidade, em todo o país.

Para sua operacionalização, é necessário que o gestor defina: a abrangência da central, ou seja, a região geográfica de sua cobertura, que deve respeitar a composição da região de saúde, expressa no PDR, e sua identidade cultural, econômica e social, de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhados; e a esfera administrativa, responsável pela gestão dos recursos assistenciais vinculados à central de regulação.

Nos municípios, estão contidos os setores de Autorização Ambulatorial de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC), dependendo de seu porte de complexidade de atendimento aos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2006). A Figura (2) demonstra o arranjo municipal de complexo e centrais de regulação.

Figura 2 – Complexo Regulador Municipal, Ministério da Saúde, 2018.



Fonte: Produção da Autora

O trabalho dos complexos e centrais reguladores envolvem processos como: ação regulatória, autorização de procedimentos, atuação dos recursos humanos, infraestrutura e sistemas de informação da regulação do acesso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

#### • Ação Regulatória

A solicitação de procedimentos junto às Centrais de Regulação, implicam em processo de operacionalização, monitoramento e avaliação, que constituem a ação regulatória, elemento ordenador e orientador dos fluxos assistenciais. Corresponde a quatro processos básicos de trabalho:

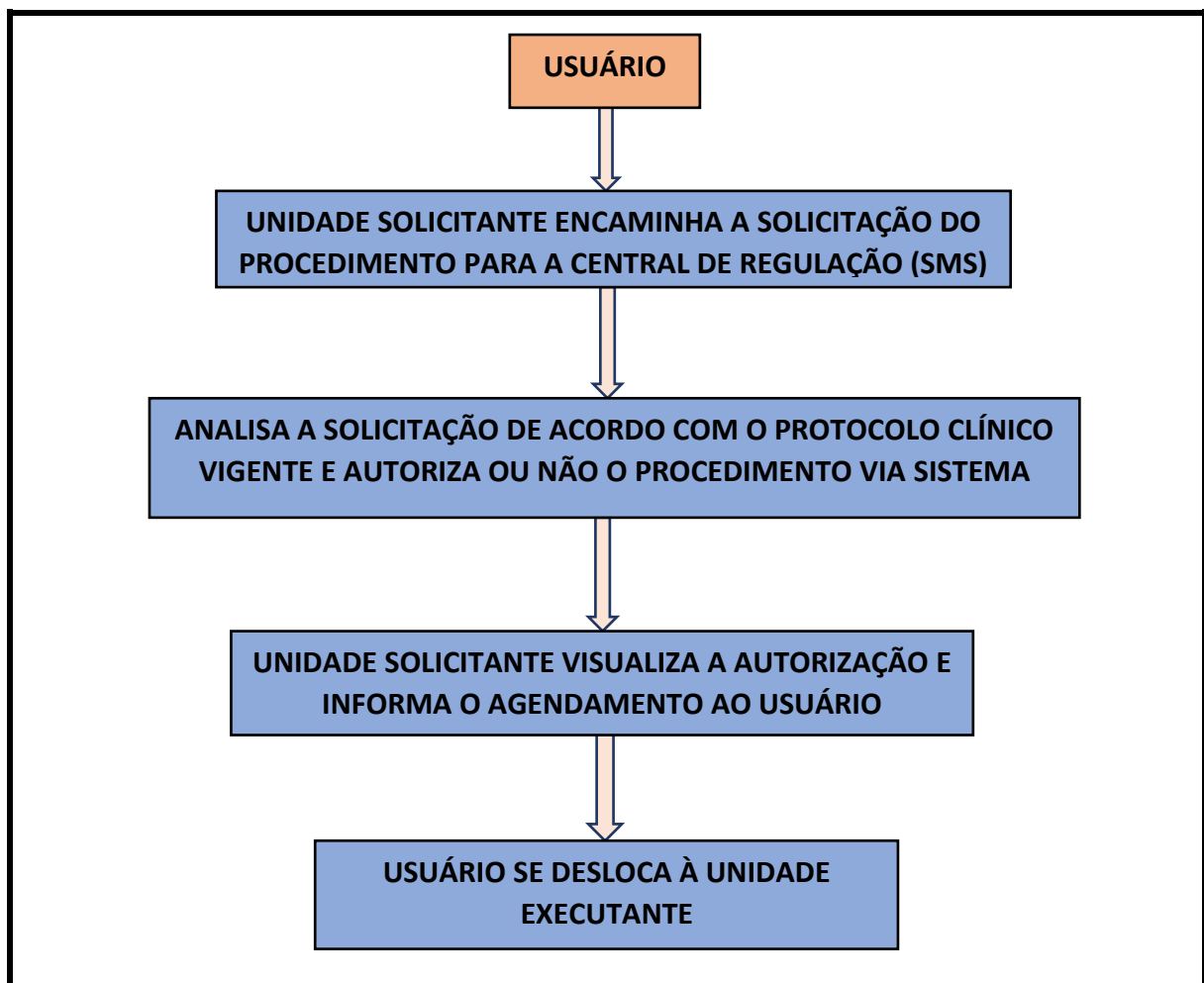
1. Levantamento e distribuição de cotas de procedimentos realizados pelos estabelecimentos executantes para os estabelecimentos solicitantes;
2. Busca e disponibilização de leitos hospitalares, quando for o caso;
3. Processo de autorização prévio à execução da ação ou serviço de saúde;
4. Execução da ação regulatória feita por profissional competente, capaz de análise crítica e discernimento

que o conduzam às decisões baseadas nas evidências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

### • Autorização de Procedimentos

Conforme Quadro (1), a autorização de procedimentos é realizada por meio da ação regulatória, e é baseada nos protocolos clínicos e de regulação pré-estabelecidos. A autorização prévia de procedimentos está vinculada às AIHs e APACs (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Quadro 1 – Fluxo de autorização de procedimentos, Ministério da Saúde, 2018.



Fone: Produção da Autora

A Central de Regulação autoriza, previamente, os procedimentos, concomitante aos agendamentos solicitados, utilizando o mecanismo de cotas da

oferta dos serviços de saúde disponibilizada para as unidades solicitantes e executantes da central.

Em relação à ação regulatória e autorização de procedimentos, estudo desenvolvido no município de Ribeirão Preto/SP, destacou que,

A importância dos protocolos regulatórios e clínicos para o desenvolvimento das ações de regulação foi identificada nos relatos, como instrumentos facilitadores da ação regulatória, colaborando na: definição do desenho da rede de atenção; individualização dos pontos de atenção de acordo com a capacidade instalada e potencial de resolução; sistematização de critérios para ação regulatória; [...] adequação do direcionamento do usuário na rede de atenção; agilização do agendamento das ações de saúde e capacitação das equipes (FERREIRA, MISHIMA, SANTOS, FORSTER, FERRAZ, 2010, p. 351-2).

De certa forma, a padronização dos protocolos clínicos uniformiza a ação regulatória, permitindo que os profissionais reguladores do sistema tomem decisões, eximidos de pareceres pessoais e desprovidos de argumentação técnica; e se respaldem por ações tomadas por membros inseridos no processo regulatório.

#### • Recursos Humanos

A estruturação dos Complexos Reguladores exige um quantitativo de profissionais capacitados, responsáveis pela execução de ações específicas. Os perfis dos profissionais que devem atuar exclusivamente junto às estruturas de regulação, são:

- 1.Coordenador/gestor: responsável pelas questões relativas ao funcionamento global da central de regulação em conformidade com as diretrizes e rotinas estabelecidas;
2. Regulador: executa a avaliação técnica de laudos, promove o agendamento das consultas e o processo de internação dos pacientes;
3. Atendente de Regulação / Videofonista: responsável pelo agendamento de procedimentos a partir das solicitações ou de informações prestadas por telefone e/ou outros meios de comunicação;
4. Administrador de Banco de Dados: responsável pela manutenção e refinamento das informações, apoiando a equipe de desenvolvimento na definição de instrumentos necessários à regulação e atividades afins;
5. Administrador de Rede: responsável pelo gerenciamento da rede física e dos servidores em funcionamento, além de realizar a instalação, configuração e manutenção dos sistemas operacionais;
- 6.Técnico de informática: realiza o serviço de instalação,

configuração e manutenção de sistemas operacionais e sistemas informatizados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

- **Infraestrutura**

A infraestrutura física que comporta um Complexo Regulador deve ser proporcional às ações regulatórias que serão realizadas, bem como ao quantitativo de recursos humanos, devendo estar explicitada em projeto arquitetônico, prevendo espaços, adequadamente distribuídos, para acolher as atividades que compõem a rotina da estrutura, tais como: a área de regulação, de coordenação, de administração de sistemas de informação, de repouso, as áreas administrativas, sala de reunião, copa, salas para arquivo e almoxarifado, sanitários, e outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

- **Sistemas de Informação da Regulação do Acesso**

A gestão local deve definir a estratégia de implementação de informação e informática, para as centrais de regulação. O sistema informatizado deve ser compatível e estar em consonância com a Política Nacional de Informação em Saúde (PNIS), com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), PPI, Cartão Nacional de Saúde – CNS, Serviços de Informação Ambulatoriais (SIA) e Serviços de Informações Hospitalares (SIH), além de permitir todos os tipos de consultas e relatórios possíveis e necessários para o gerenciamento dos Complexos Reguladores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O Sistema de Regulação –SISREG, sistema que informatiza a central de regulação, desenvolvido pelo Ministério da Saúde no período de 1999-2002, representou o movimento inicial em direção à informatização dos Complexos Reguladores. A Figura (3) demonstra a atuação do SISREG junto às centrais de regulação.

Figura 3 – Sistema de Regulação (SISREG), Ministério da Saúde, 2018.



Fonte: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg>

Em estudo ocorrido na Central de Regulação de Ribeirão Preto/SP, sob a ótica operacional, os autores referiram obstáculos e limitações do aporte da informática. Afirmaram à época que,

A instabilidade operacional, interferiu diretamente na formatação e gerenciamento do mapa assistencial, monitoramento e avaliação da ação regulatória. A CR deveria dispor de um suporte de informática que, [...], permitisse: a criação de mecanismos de ordenação dos fluxos assistenciais, o domínio da relação entre a gestão e os vários prestadores de serviços, e produção de relatórios analíticos para subsidiar o processo avaliativo e decisório. A tecnologia da informação e as mudanças tecnológicas são decisivas no processo de gestão da saúde para seu êxito (FERREIRA, MISHIMA, SANTOS, FORSTER, FERRAZ, 2010).

São considerados instrumentos e mecanismos no processo regulatório: o financiamento, a definição de rede prestadora, os contratos de prestação de serviços, o cadastro de unidades prestadoras de serviços de saúde, a programação assistencial, as AIHs e APAC, as bases de dados nacionais, as centrais informatizadas de leitos, a auditoria analítica e operacional, o acompanhamento dos orçamentos públicos em saúde, avaliação e monitoramento das ações de atenção à saúde, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A constituição de complexos e centrais reguladoras são estratégias para regular a oferta e a demanda em saúde e consiste em uma organização do conjunto de ações da regulação do acesso à assistência de maneira articulada e integrada, buscando adequar a oferta de serviços de saúde à demanda que mais se aproxima às necessidades reais em saúde (FERREIRA, MISHIMA, SANTOS, FORSTER, FERRAZ, 2010).

Essas unidades, denominadas complexos reguladores atuam como mediadores entre demanda e oferta no SUS; associados às centrais de regulação, integram e articulam dispositivos como centrais de internação, consultas, exames, entre outros, no sistema público de saúde (BARBOSA, D.V.S; BARBOSA, N.B; NAJBERG, 2014).

Os complexos reguladores e centrais de regulação, devem ser implementados de acordo com a regionalização e seus desenhos das redes de atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar e atenção às urgências. Podem ter abrangência municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional, devendo essa abrangência e respectiva gestão ser pactuadas em processo democrático e solidário entre as esferas de gestão do SUS.

A implantação de centrais demanda um pacto com prestadores, formalizado nos contratos e a atualização dos cadastros de estabelecimentos, profissionais e usuários. Implica em áreas específicas, para regular internações eletivas e de urgência; de consultas e exames especializados de média e alta complexidade.

Mesmo com importância destacada na prática regulatória, os complexos reguladores e centrais de regulação, não têm se efetivado enquanto instrumentos de acesso. Há 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; COSTA; MELO FILHO, 2013).

Assim, a regulação desenrola-se em um cenário de conflitos decorrentes de interesses público-privados que permeiam o sistema, pois em grande parte, o subsistema privado de serviços de saúde corresponde a uma diversidade de rede de serviços de saúde, organizada em função da logicidade da oferta e direcionada à

obtenção de lucro no âmbito do SUS (ALBUQUERQUE; COSTA; MELO FILHO, 2013).

Ressalta-se que as ações de regulação promovem impacto, modificando efetivamente o modelo de atenção à saúde vigente, trazendo para a gestão pública em saúde o controle do acesso aos serviços ofertados, permitindo maior controle financeiro.

É necessária uma regulação adequada por parte do Estado para garantir que as decisões permaneçam consistentes com o interesse público e deve ser compreendida a partir de como é exercida a autoridade do Estado (OLIVEIRA, ELIAS, 2012). No setor saúde, o mercado é imperfeito, restringindo os cuidados de saúde aos consumidores com capacidade para pagar e não a todos que dele necessitam (FARIAS, GURGEL JR, COSTA, BRITO, BUARQUE, 2011).

Estudos afirmam que há potência na regulação para práticas integrais a partir dos diferentes sentidos de integralidade: um primeiro sentido está contido no encontro profissional-paciente; outro se relaciona com a organização dos serviços e das práticas de saúde; e o terceiro trata das respostas governamentais a problemas de saúde (BADUY, FEUERWERKER, ZUCOLI, BORIAN, 2011; VIEGAS, PENNA, 2013; O'DWYER, MATTOS, 2013).

A regulação da saúde pode estar relacionada à integralidade, equidade, igualdade e universalidade, mas para isso torna-se necessário o resgate da dimensão política e do conteúdo, social da saúde, que é imprescindível para desencadear ações emancipatórias que possam assegurar a saúde como direito (COHN, 2009).

Estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto/SP, defendia a criação de complexos reguladores. Considerava que se constituem ferramentas importantes no processo de gestão, pois sua implantação tem força para colaborar na sustentabilidade do SUS (FERREIRA, MISHIMA, SANTOS, FORSTER, FERRAZ, 2010).

Em outro estudo intitulado “Regulação médica do fluxo das urgências: análise do complexo regulador de Goiânia”, os autores demonstram que o processo de regulação se traduziu em uma forma de responsabilização na gestão dos

serviços e na governança, ao prover o acesso regulado dos cidadãos acometidos por agravos urgentes às ações ambulatoriais e hospitalares de maior complexidade (BARBOSA, DVS; BARBOSA, NB; NAJBERG, 2014).

### 3.3.4 Fatores Facilitadores e Limitantes do Processo Regulatório

Defendida como necessidade expressa no SUS, à regulação em saúde, são atribuídas competências de fiscalização, controle e mecanismos para a orientação do sistema, mas é necessário que essas ações sirvam, de fato, como ações facilitadoras na atenção à saúde, no sentido de garantir ações pautadas nas necessidades e direitos dos usuários (NASCIMENTO, DAMASCENO, SILVA MJ, SILVA MVS, FEITOZA, 2009).

As CIBs e CIT, como instâncias de harmonização e pactuação, devem funcionar em razão dos interesses dos usuários, cabendo aos municípios o desafio de assumir a gestão do sistema e o planejamento das ações. Estas instâncias, que representam fóruns colegiados de deliberação de decisões na área do SUS precisariam reforçar e recomendar a integração articulada e solidária dos entes federativos no sentido de assegurar o direito da população à saúde (SANTOS, MERHY, 2006).

As estruturas de complexos e centrais de regulação, são importantes no processo organizacional da regulação da saúde, pois se constituem em áreas de referência e articulação, fornecendo resposta mais efetiva às unidades solicitantes e, sobretudo, a quem dele necessita. No entanto, têm se mostrado racionalizadores do acesso ao usuário.

Faz-se destaque aos sistemas de saúde orientados para a atenção primária, pelo fato de apresentarem impacto positivo nos indicadores de morbimortalidade e por promoverem cuidados em saúde mais efetivos e alcançarem maior efetividade, eficiência e equidade, quando comparados a sistemas voltados para atenção especializada (CASTRO, MACHADO, 2010; CLARES, SILVA, DOURADO, LIMA, 2011).

Diante do cenário brasileiro, pode-se apontar como fatores facilitadores da regulação da saúde no SUS:

- CIB e CIT como instâncias pactuadoras e mediadoras de interesses, cabendo aos Municípios/Estado, dependendo da condição de gestão e gerência, o desafio de assumir a gestão do sistema e o planejamento das ações.

- Articulação estruturada entre as várias instâncias assistenciais e a garantia de pactuações sustentáveis e flexíveis, de acordo com as necessidades da rede assistencial, com revisão contínua da programação pactuada integrada (PPI), com fórum de decisão em nível local, por estar mais próximo das necessidades do usuário.

- Processo regulatório como instrumento de gestão, decisório, para amortizar a desigualdade relacional entre os entes público/ privado; e atenuar a relação necessidade, demanda e oferta, conduzindo o sistema na garantia de direitos dos usuários.

- Complexos Reguladores e Centrais de Regulação, como ferramentas importantes de gestão e avaliação. De gestão na garantia do acesso e da resposta qualificada dos serviços disponibilizados; e na avaliação, no sentido de acompanhar a execução dos procedimentos. Sua implantação tem força para colaborar na sustentabilidade do SUS.

- Sistemas de saúde orientados para a atenção primária, a fim de promoverem cuidados em saúde mais efetivos, quando comparados à atenção especializada. Ressalta-se que a atenção primária necessita melhorar sua resolutividade da atenção prestada nos diversos pontos da rede e integrar as diferentes etapas de atenção.

- Disponibilização dos serviços especializados locais ou próximos, evitando-se deslocamentos desnecessários e oportunizando assistência mais próxima da residência dos usuários.

- Integração e constituição de redes para otimizar recursos e promover uma atenção condizente com as necessidades dos usuários.

- Redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde que ofereçam condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzam os custos dos serviços.

- Processo de descentralização com ênfase na municipalização, que identificam a ampliação do acesso aos serviços, à inovação na gestão e o aumento da participação da população.
- Integração dos subsistemas de Informação, compondo um Sistema Nacional de Informação em Saúde ou Sistema de Regulação em toda a unidade federada, articulado, integrado, que possibilite a regulação e avaliação.
- Resgate à dimensão da política e do conteúdo social da saúde como objeto de ações emancipatórias na busca de saúde digna e de qualidade para todos, consolidando os anseios da reforma sanitária brasileira na construção do SUS.

Em estudo sobre atuação da regulação em municípios de São Paulo, verifica-se que o papel do Estado passou a ser o de estabelecer regras definidas para atuação dos mercados e das políticas de saúde definindo suas orientações e alvos a serem alcançados (IBANHES, HEIMANN, JUNQUEIRA, BOARRETO, PESSOTO, CORTIZO, *et al*, 2007).

Esse entendimento é reafirmado em pesquisa na cidade do Rio de Janeiro (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA, GOMES, 2012), que destaca fragilidade no sistema público de saúde, com práticas de regulação pouco efetivas e dependentes de mecanismos não formais de ação. Centra-se o estudo em dois principais aspectos: na falta de vagas, sendo esta reconhecida como a grande barreira ao acesso; e na falta de recursos de especialidades mais complexas. Daí a defesa por sistemas de saúde orientados para atenção primária.

O país vem adotando um novo projeto de regulação, ligado às mudanças do modo de governança, uma tendência cada vez mais frequente de delegação de funções ou responsabilidades do Estado ao setor privado. Isso inclui a terceirização e novos arranjos contratuais nos sistemas de saúde (OLIVEIRA, ELIAS, 2012).

A governança constitui um conceito novo que fomenta a capacidade de conduzir os processos de formulação, execução e avaliação de políticas públicas integrando instrumentos e mecanismos de gestão que viabilizem harmonizar as relações econômicas e sociais (ARAÚJO, 2010).

Lobato e Giovanella (2012) afirmam que a dinâmica de mercado nos sistemas privatizados é em geral bastante predatória, pois na ausência de forte regulação, os usuários têm o acesso restringido ou podem sofrer intervenções desnecessárias.

Estudo de caso desenvolvido em Recife (ALBUQUERQUE, LIMA, COSTA, FILHO, 2013), especificamente em relação à Central de Regulação de Consultas e Exames Especializados, reforçava que pouco contribuiu para impactar no acesso de usuários aos procedimentos de média complexidade de responsabilidade municipal, atribuindo a esse descaminho, a atuação centralizadora da gestão estadual que dificultou o processo pleno de autonomia municipal e a integração articulada das várias instâncias assistenciais.

Em decorrência dos pontos abordados, pode-se apontar, alguns fatores que dificultam o processo regulatório da saúde no SUS. Dentre eles:

- Relações nos três níveis de governo permeadas por disputas e interesses distintos, de cunho clientelistas para favorecer determinados grupos, indo na contramão do verdadeiro sentido de regulação da saúde.

- Fragmentação na organização dos serviços e no planejamento das ações, refletindo-se em falta de resolutividade no SUS.

- Desigualdades acentuadas no acesso, sobretudo no que se refere à distribuição dos recursos e oportunidades de utilização dos serviços de saúde.

- A prestação de serviços na área da saúde como um dos setores mais problemáticos para o exercício da regulação pelo Estado, pois, a produção em saúde se dá pelas regras estabelecidas.

- Complexos reguladores e centrais de regulação funcionando como mecanismos de racionalização de recursos, não se pautando nos princípios de integralidade e equidade.

- Mecanismos de regulação pactuados não capazes de mudar as características da assistência no SUS, com rede prestadora de serviços limitada e não assumida plenamente pelas esferas de governo.

- Focalização da atenção primária à saúde restrita à população de baixa renda constituída de um pacote básico de serviços, e a não garantia de acesso aos níveis de maior complexidade.

- Oferta insuficiente de médicos nas regiões mais afastadas e inclusive nos grandes centros urbanos, para a atenção primária à saúde e outras especialidades. Além da rotatividade desse profissional que é um grande problema, pois fixá-lo em áreas mais distantes constitui-se um grande desafio para a gestão.

- Modelo de saúde hegemônico, centrado em procedimentos, e não organizados a partir da produção do cuidado e necessidades do usuário.

- Restrição do acesso da população à alta e média complexidade, apontando o fracasso dos fluxos existentes, configurando longas filas de espera para o atendimento almejado, que acaba repercutindo no agravamento das morbidades.

- Grande parte dos municípios no país apresenta baixa capacidade técnica local para assumir a gestão da rede de serviços de saúde, necessitando de educação permanente em saúde.

- Delegação de funções ou responsabilidades do Estado ao setor privado e a terceirização e os novos arranjos competitivos e contratuais nos sistemas de saúde. Constitui-se em ponto polêmico, considerando a lógica capitalista vigente no território brasileiro, expresso no mercado de saúde.

- Entidades sem fins lucrativos, que muitas vezes escamoteiam instituições, que vislumbram lucro, principalmente em torno de especialidades mais bem remuneradas pelo SUS.

- Credenciamento de um mesmo estabelecimento ao SUS, concomitantemente credenciado a uma ou mais operadoras do setor suplementar e utilizado por indivíduos e famílias de forma privada. Há competição desigual, pois grande parte dos prestadores privados priorizam os clientes particulares e de planos em detrimento dos usuários que só utilizam o SUS.

- Despolitização da participação social e a relegação ao esquecimento de alguns temas como universalização, integralidade e regulação do setor saúde.

Considerando os pontos elencados em facilidades e dificuldades no exercício da regulação no SUS, a seguir serão discutidos temas vinculados à gestão reguladora da saúde; o papel do gestor e dos profissionais de regulação, presentes nas secretarias de saúde, no papel de autorizador dos procedimentos de média e alta complexidade em saúde.

### 3.4 Gestão reguladora da saúde

A gestão governamental em saúde no âmbito institucional, possui uma natureza complexa, conformada em uma dimensão política, a partir da intermediação de interesses distintos, das relações de poder, intenções ou comportamentos desempenhados por atores sociais (LORENZETTI, LANZONI, ASSUITI, PIRES, RAMOS, 2014; MARTINS, WACLAWOVSKY, 2015).

Para Carvalho e colaboradores (2012), a finalidade primordial da gestão em saúde é produzir decisões, que desencadeiam o processo de mediação e implementação das políticas, por envolverem características pautadas nos processos de gestão de sistemas e serviços; e nos sujeitos para a tomada de decisões.

O processo de gestão em saúde exige atividades de administração que incluam planejamento, organização, coordenação e controle, a ser exercida nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), de modo que estados e municípios, exerçam suas competências nas secretarias estaduais e municipais de saúde, respectivamente.

Para Lorenzetti, e colaboradores (2014), a gestão em saúde expressa o conhecimento aplicado no manejo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas e privadas de saúde, que são dimensões de grande complexidade por incluírem os espaços de cuidados, as instituições de saúde; e as redes de serviços de saúde.

Com a Constituição de 1988 e criação do SUS, as ações e serviços de saúde foram institucionalizados como política pública e a saúde como direito de todos os cidadãos. Os primeiros 15 anos do SUS enfrentaram uma normatização excessiva, com a edição de inúmeras portarias federais que dificultavam a operação do sistema, imobilizando, muitas vezes, a capacidade criativa e inovadora dos gestores e equipes de saúde (DOBASHI, BRÊTAS JUNIOR, SILVA, 2010).

A gestão, passou a ser um dos aspectos estruturais mais desafiadores na transformação positiva da situação de saúde (LORENZETTI, LANZONI, ASSUITI, PIRES, RAMOS, 2014). No SUS, a gestão define toda uma logística e tecnologia de

regulação baseada em necessidades prioritárias, vulnerabilidades e riscos, havendo definição de diretrizes e de critérios a partir dos espaços de participação e de controle social (CARVALHO, SOUZA, SHIMIZU, SENRA, OLIVEIRA, 2012).

O principal propósito da gestão em saúde é a produção de decisões, que desenvolve o processo de intermediação e implementação das políticas. Esses processos de gestão envolvem arranjos para a tomada de decisões, motivações, interesses, conhecimentos, capacidades, habilidades, dentre outros (MINAS, MADUREIRA, GONÇALVES, 2017).

A gestão da saúde pública requer habilidades e qualificação contínuas. Pode ser denominada como o conhecimento aplicado nas organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas, entre outras. Dessa forma, a sociedade necessita de planejamentos corretos para que ocorram as melhorias de serviço, de investimentos, de organização (MACEDO, CARVALHO, COUTINHO, 2014).

A gestão constitui um importante instrumento para a efetivação das políticas de saúde, em cada nível de organização têm o papel de solucionar problemas, dimensionar recursos, planejar sua aplicação, desenvolver estratégias, efetuar diagnósticos de situações, garantir o desempenho de uma ou mais pessoas entre outras atividades (FERNANDES, 2010).

Savassi (2012) ressalta que manter um trabalho de qualidade nos serviços públicos, não deixa de ser um grande desafio para a gestão. São necessárias, mudanças gerenciais ou até mesmo de financiamento, além disso, é preciso reorganizar a cadeia produtiva com a finalidade de alteração na cultura organizacional com o intuito de proporcionar qualidade no atendimento e nos serviços prestados.

A gestão constitui um importante instrumento para a efetivação das políticas de saúde, sendo necessária em cada organização, pois assume o papel de solucionar problemas, dimensionar recursos, planejar sua aplicação, desenvolver estratégias, efetuar diagnósticos de situações e garantir o desempenho de uma ou mais pessoas entre outras atividades (FERNANDES, BARROS, SILVA LMS, NÓBREGA, SILVA MRF, TORRES, 2010).

### 3. 4. 1 O Gestor

Para Bonfada et al (2012), o gestor é responsável por administrar todas as áreas de prestação de serviços. É ele quem analisa os processos de trabalho que envolve a assistência ao usuário, sempre focado na qualidade ofertada e nas reais necessidades destes e dos funcionários.

Quando se organiza a gestão de qualidade é notável o benefício concebido ao usuário do serviço de saúde. A busca pela qualidade do atendimento sempre será um dos primeiros objetivos da gestão e pode se tornar possível, desde que se tenha planejamento e comprometimento com a qualidade dos serviços e com a universalidade (BONATO, 2011).

O gestor do SUS é a autoridade sanitária em cada esfera de governo, cuja política e técnica deve estar pautada pelos princípios da reforma sanitária brasileira. Tem a responsabilidade de conduzir as políticas de saúde, que muitas vezes não se encerra no período de um governo e enfrenta tensões que influenciam a possibilidade de continuidade e consolidação dessas políticas (MACHADO, BAPTISTA, LIMA, 2012).

Destaca-se que a atuação política do gestor do SUS se expressa em seu relacionamento com os diversos e diferentes grupos e atores sociais, em espaços de negociação e decisão. Dentre os objetivos destacam-se sua interação com órgãos governamentais executivos, com gestores de outras esferas de governo e com a sociedade civil organizada.

A atuação técnica do gestor do SUS, está permeada por diferentes variáveis e se consubstancia no exercício das funções, cujo desempenho depende de conhecimentos, habilidades e experiências no campo da gestão em saúde. Tais funções podem ser definidas como um conjunto de saberes e práticas de gestão necessários à condução de políticas na área da saúde.

O gestor federal é responsável por identificar os problemas e definir as prioridades no âmbito nacional, definir um papel estratégico e normativo, buscar a equidade, garantir recurso suficiente para o setor saúde, regular os sistemas estaduais, avaliar os resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais (VILARINS, SHIMIZU, GUTIERREZ, 2012; LOBATO, GIOVANELLA, 2012).

Cabe aos gestores estaduais, regular o acesso às unidades de saúde sob sua gestão, planejar o sistema estadual regionalizado e desenvolver a cooperação técnica e financeira com os municípios.

Ao gestor municipal cabe, organizar a oferta de ações de serviços públicos e contratação de privados. É responsável pelos critérios de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais, organiza as portas de entrada do sistema, estabelece fluxos de referência e contra referência, regula o acesso da população própria às unidades de saúde sob sua gestão, e avalia os prestadores públicos e privados e os resultados das políticas municipais (BARBOSA D, BARBOSA N, NAJBERG, 2016).

Ressalta-se que aos gestores públicos do SUS, cabe uma imensa responsabilidade, compartilhada ou não. A gestão pública se efetiva por meio do exercício das funções gestoras na saúde, definidas como um conjunto articulado de saberes e práticas de gestão, necessários para a implementação de políticas na área da saúde, a serem exercidas com os princípios do SUS e da gestão pública (MACHADO, BAPTISTA, LIMA, 2012, GAROZI, 2014).

É possível identificar quatro grandes grupos de funções gestoras na saúde: formulação de políticas/planejamento; financiamento; coordenação, regulação, controle, avaliação e prestação direta de serviços de saúde (MACHADO, LIMA, BAPTISTA, 2012).

As atribuições dos gestores do SUS são distintas de cada esfera, porém todos devem executar suas funções de forma compartilhada, pois irá repercutir na assistência ao usuário. Os Quadros 2, 3 e 4, apresentam as principais competências dos gestores do SUS, no nível federal, estadual e municipal.

Quadro 2 – Atribuições dos Gestores do SUS, nível federal, 2018.

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
<b>Federal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de problemas e definição de prioridades.</li> <li>• Papel estratégico e normativo.</li> <li>• Manutenção da unicidade, respeitando a diversidade.</li> <li>• Busca da equidade.</li> <li>• Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e de práticas inovadoras em nível estadual e municipal.</li> <li>• Planejamento e desenvolvimento de políticas estratégicas nas tecnologias, insumos e recursos humanos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia de recursos estáveis e suficientes para o setor saúde.</li> <li>• Recursos federais, com destaque entre as esferas de governo.</li> <li>• Papel redistributivo.</li> <li>• Definição de prioridades nacionais e critérios de investimentos e alocação entre regiões/estados.</li> <li>• Realização de investimentos para redução de desigualdades.</li> <li>• Busca da equidade na alocação de recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulação de sistemas estaduais; de mercados em saúde; das políticas de recursos humanos; e de incorporação e uso de tecnologias em saúde.</li> <li>• Coordenação de redes de referência interestadual/nacional.</li> <li>• Apoio à articulação interestadual.</li> <li>• Normas de regulação sanitária no plano nacional.</li> <li>• Coordenação dos sistemas nacionais de informações em saúde.</li> <li>• Avaliação dos resultados das políticas nacionais e do desempenho dos sistemas estaduais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Em caráter de exceção.</li> <li>• Em áreas/ações estratégicas.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Machado, Lima, Baptista, 2009.

Quadro 3 – Atribuições dos Gestores do SUS, nível estadual, 2018.

Esfera de governo	Formulação de políticas e planejamento	Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
<b>Estadual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual.</li> <li>• Promoção da regionalização.</li> <li>• Estímulo à programação integrada.</li> <li>• Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das secretarias municipais de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição de prioridades estaduais.</li> <li>• Garantia de alocação de recursos próprios.</li> <li>• Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios.</li> <li>• Realização de investimentos para redução de desigualdades.</li> <li>• Busca da equidade na alocação de recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulação de sistemas municipais; e regulação sanitária (nos casos pertinentes).</li> <li>• Coordenação de redes de referência de caráter intermunicipal; e da PPI no estado</li> <li>• Apoio à articulação intermunicipal.</li> <li>• Implantação de mecanismos de regulação da assistência</li> <li>• Avaliação dos resultados das políticas estaduais; e do desempenho dos sistemas municipais.</li> </ul>	<p>Em caráter de exceção.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em áreas estratégicas: serviços assistenciais de referência estadual/regional, ações de maior complexidade de vigilância epidemiológica ou sanitária.</li> <li>• Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Machado, Lima, Baptista, 2009.

Quadro 4 – Atribuições dos Gestores do SUS, nível municipal, 2018.

Esfera de governo	de Formulação de políticas e planejamento	de Financiamento	Regulação, coordenação, controle e avaliação	Execução direta de serviços
<b>Municipal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal.</li> <li>• Planejamento de ações e serviços necessários nos diversos campos.</li> <li>• Organização da oferta de ações e serviços públicos e contratação de privados (caso necessário).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantia de aplicação de recursos próprios.</li> <li>• Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais.</li> <li>• Realização de investimentos no âmbito municipal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organização das portas de entrada do sistema.</li> <li>• Estabelecimento de fluxos de referência.</li> <li>• Integração da rede de serviços.</li> <li>• Articulação com outros municípios para referências.</li> <li>• Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados; e regulação sanitária (nos casos pertinentes).</li> <li>• Avaliação dos resultados das políticas municipais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso importante na execução de ações/ prestação direta de serviços assistenciais, de vigilância epidemiológica e sanitária.</li> <li>• Gerência de unidades de saúde.</li> <li>• Contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Machado, Lima, Baptista, 2009.

### 3.4.2 O Profissional de Regulação

Para operacionalizar o trabalho da regulação da saúde em nível de complexos e centrais reguladoras, está presente a equipe de técnicos reguladores, que têm a responsabilidade de assegurar a autorização das solicitações de serviços de saúde daqueles que necessitam.

O trabalho desses profissionais consiste em conhecer a demanda do serviço de saúde, para disponibilizar, de forma ordenada, a oferta disponível. Inseridos no processo regulatório, obedecem a hierarquização do atendimento de acordo com o grau de complexidade exigido pelo problema de saúde do usuário (PINTO, CARNEIRO, 2012).

Os profissionais reguladores, se colocam na posição de elos, entre os elementos do sistema (sócio organizacionais) e os clientes (individuais), interagindo e facilitando o acesso da população aos serviços, demonstrando sua capacidade de

atuar como estruturantes em potencial do acesso (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA, GOMES, 2012).

Suas contribuições em ações cotidianas, incluem, análise e verificação de alternativas apresentadas em cada solicitação enviada pelo profissional da atenção primária à saúde (APS), e a decisão pela autorização ou não do procedimento, considerando a necessidade de prioridades.

A descrição de responsabilidades e competências dos profissionais que atuam na regulação de saúde é fundamental para a execução eficiente e efetiva de suas atividades. A definição de um modelo de atuação com atribuições definidas, tem potencial de qualificar e organizar a relação oferta e demanda de modo a facilitar a atuação dos gestores (PEITER, LANZONI, OLIVEIRA, 2016).

As centrais de regulação da região Metropolitana I, objeto do estudo, comportam profissionais de diferentes categorias, que se distribuem entre enfermeiros, médicos, assistentes sociais, odontólogos, fisioterapeutas e farmacêuticos.

As práticas de regulação médica e de enfermagem contemplam as diversas faces das ações operacionais da atividade regulatória, resultantes da relação entre poucos recursos disponíveis e a demanda altíssima, além do mal funcionamento das rotinas de trabalho definidas, acarretando iniciativas pessoais na resolução de problemas dos usuários (OLIVEIRA, ELIAS, 2012).

O profissional da odontologia atua na análise de procedimentos buco-maxilo, solicitados por médicos em nível de procedimentos eletivos, cabendo a este profissional a autorização, mediante análise criteriosa de sua necessidade (TAJRA, LIRA, RODRIGUES, 2012).

O fator que pode justificar a participação do fisioterapeuta na equipe multiprofissional de regulação em saúde, diz respeito aos gastos ambulatoriais e aumento da assistência fisioterapêutica, que exige conhecimentos específicos relacionados à fisioterapia (SANTOS FC, ALELUIA, SANTOS IN, MOURA, CARVALHO, 2011).

Defende-se que a multiprofissionalidade, com diversas formações e especialidades compondo a equipe de saúde, não sendo, uma exclusividade médica (SANTOS FC, ALELUIA, SANTOS IN, MOURA, CARVALHO, 2011), qualifica a regulação em saúde. No entanto, é preciso ressaltar que as dificuldades relatadas e os fatores que se interpõem na garantia de respostas positivas às demandas populacionais, são imprescindíveis no processo regulatório e na satisfação dos usuários.

O trabalho em equipe permite que sujeitos, com habilidades e conhecimentos complementares, se comprometam para atingir um objetivo comum, definido a partir de negociações e pactuações entre as pessoas envolvidas, a fim de atender as reais necessidades de saúde de uma pessoa/família/grupo/população no âmbito do SUS (NICOLETTO, *et al.*, 2009).

## **4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Estudo descritivo exploratório com enfoque misto (qualitativo e quantitativo), que permitiu uma perspectiva mais ampla e aprofundada do fenômeno. O uso de dois métodos, permite mais confiança da representação fiel, fidedigna e genuína, daquilo que acontece com o fenômeno estudado (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Cada um dos dois tipos de abordagem tem seu papel, seu lugar e sua adequação, onde ambas podem conduzir a resultados importantes sobre a realidade social, não havendo sentido de atribuir prioridade de uma sobre outra. Toda abordagem qualitativa se trabalha com quantidade e vice-versa: a síntese de ambas se faz na compreensão do tema específico de estudo, pois diferentes pontos de vista, permitem uma ideia mais ampla da complexidade de um problema (MINAYO, 2007).

Como método misto, o estudo se caracteriza por uma primeira etapa de coleta e análise de dados quantitativos, seguida de outra em que se recolheu e avaliou dados qualitativos. A mistura dita mista ocorre quando os resultados

quantitativos iniciais apoiam a coleta de dados qualitativos (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2013).

Segundo Sampieri e colaboradores (2013), é possível dar prioridade ao quantitativo ou qualitativo, ou dar o mesmo peso. Ao priorizar a etapa qualitativa, o estudo pode ser utilizado para caracterizar elementos de interesse relacionados com a formulação do problema, e os resultados quantitativos servem para orientar na definição de uma amostra guiada por propósitos teóricos.

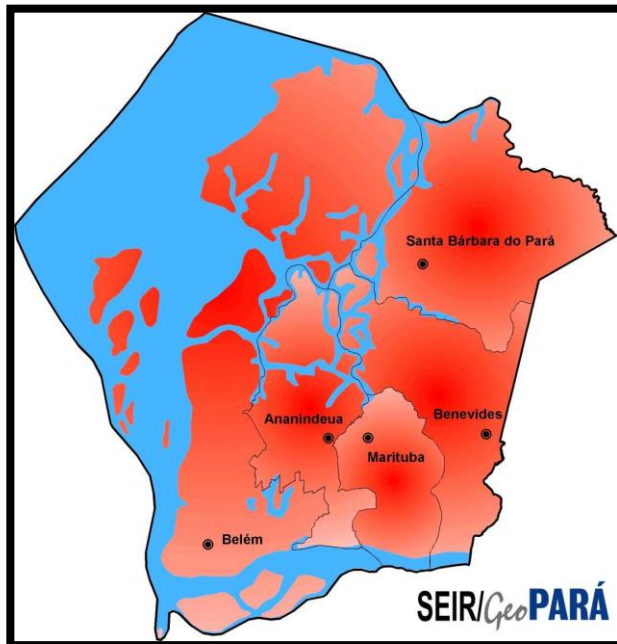
Há quatro principais situações indicadas para aplicabilidade do método misto. Nos casos de conceitos novos em que há escassez de literatura; quando os resultados de uma abordagem podem ser melhor interpretados com uma segunda fonte de dados; nas situações em que nem a abordagem qualitativa, nem a quantitativa são suficientes para a compreensão do problema estudado. Por fim, quando os resultados quantitativos são de difícil interpretação e dados qualitativos podem ajudar a compreendê-los (SANTOS, ERDMANN, MEIRELLES, LANZONI, CUNHA, ROSS, 2017).

Enfim, os métodos de pesquisa mista, vinculam as duas formas de dados concomitantemente, combinando-os de modo sequencial, fazendo um construir o outro ou incorporando um ao outro. Coleta e análise de modo persuasivo e rigoroso tanto os dados qualitativos quanto os quantitativos, tendo por base as questões de pesquisa (CRESWELL, CLARK, 2015).

## **4.2 Caracterização da Região Metropolitana I**

A Região Metropolitana de Belém – RMB – foi instituída pelo Governo Federal em 1973, composta pelos municípios Belém e Ananindeua. Em 1995, foram incluídos os municípios de Benevides e Marituba. A partir de 1996 com a criação do município de Santa Bárbara do Pará, a RMB passou a integrar os municípios de Belém, Ananindeua, Marituba, Benevides e Santa Bárbara do Pará, conforme Figura (4) (LIMA, MOYSÉS, 2009).

Figura 4 – Região Metropolitana de Belém, 2018.



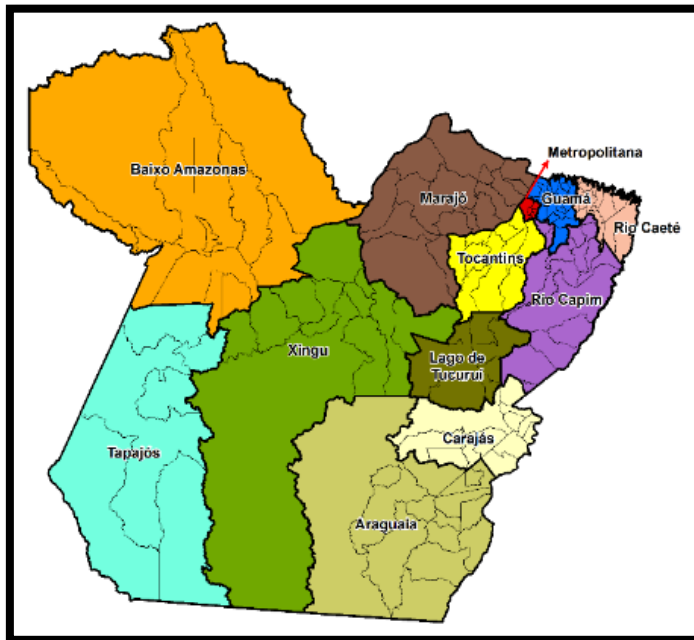
Fonte: SEIR/PARÁ, 2013.

Belém, com aproximadamente 1,5 milhão de habitantes, é o segundo mais populoso da região Norte do Brasil; Ananindeua, apresentou um grande desenvolvimento nos últimos dez anos, tornando-se hoje, o terceiro mais populoso município da região Norte, contando com 483.821 habitantes; Marituba, encontra-se atualmente com 120.305 habitantes, sendo o nono maior município do Pará em população; e Benevides, ultrapassa 60 mil habitantes (IBGE, 2010, 2014, 2018).

A partir da Resolução CIB/PA nº 63/2013 – DDASS/SESPA, foram implantadas treze (13) Regiões de Saúde, consideradas espaços geográficos contínuos com municípios limítrofes, que convergem, quanto às intenções de redução das iniquidades seja do ponto de vista da política de saúde, ou em relação às demais políticas sociais.

As regiões de saúde, são assim denominadas: 1. Região Araguaia; 2. Região Carajás; 3. Região Tucuruí; 4. Região Marajó I; 5. Região Marajó II; 6. Região Metropolitana I; 7. Região Metropolitana II; 8. Região Metropolitana III; 9. Região Tapajós; 10. Região Tocantins; 11. Região Caetés; 12. Região Baixo Amazonas; e 13. Região de Saúde do Xingu, conforme Figura (5).

Figura 5 – Regiões de Saúde do Estado do Pará, 2018.

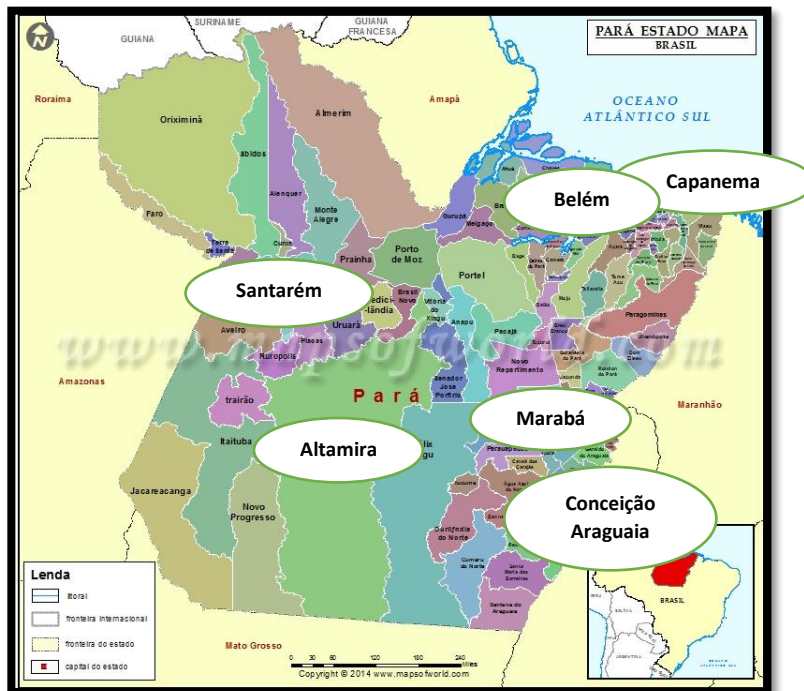


Fonte: Resolução CIB/PA Nº 63/2013/DDASS/SESPA, 2014

Por meio de informes do DDASS/SESPA (2017), o Pará possui seis Complexos Reguladores Regionais (CRR), assim distribuídos, conforme Figura (6).

- CRR Belém, Região Metropolitana I e II, Marajó I e II, Tocantins e Lago de Tucuruí, envolve 40 municípios, correspondendo a uma população de 3.631.339.
- CRR Capanema – Metropolitana III e Rio Caetés. 39 municípios. População: 1.397.338
- CRR Santarém – Tapajós e Baixo Amazonas. 19 municípios. População: 955.891
- CRR Altamira – Xingu. 9 municípios. População: 319.083
- CRR Marabá – Carajás. 21 municípios. População: 1.0228.544
- CRR Conceição do Araguaia – Araguaia. 15 municípios. População: 493.320

Figura 6 – Complexos Reguladores do Estado do Pará, 2018



Fonte: Resolução CIB/PA N° 63/2013/DDASS/SESPA, 2014

A Região Metropolitana I, assim denominada a partir de abril/2012, conforme Resolução nº 83 de 16 de abril de 2012 – CIB-SUS-PA, está constituída de cinco municípios, Ananindeua, Belém, Benevides, Marituba e Santa Bárbara do Pará (Figura 3), possui extensão territorial de 1.819,337 Km<sup>2</sup>, e população de 2.230.012 habitantes (IBGE, 2018).

### 4.3 Lócus da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido nos complexos e centrais de regulação dos municípios de Belém, Ananindeua, Marituba e Benevides, situados na Região Metropolitana I do estado do Pará, que apresentam uma população de 2.202.308 habitantes (IBGE, 2018), conforme Figura (7).



Quadro 5 – Estruturas de Regulação, Região Metropolitana I, Pará, 2018.

ESTRUTURAS DE REGULAÇÃO			
BELÉM	ANANINDEUA	MARITUBA	BENEVIDES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• (02) Centrais de regulação do acesso</li> <li>• Atividades de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar;</li> <li>• Atende demanda referenciada, nas 24 horas, incluindo sábados, domingos e feriados.</li> <li>• 81 profissionais: 08 gestores e 73 profissionais de regulação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (07) Estruturas de regulação do acesso de demanda referenciada</li> <li>• Atividades de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar nos horários da manhã e tarde</li> <li>• 39 profissionais: 06 gestores e 33 profissionais de regulação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (01) Central de Regulação do acesso de demanda referenciada</li> <li>• Atividades de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar nos turnos da manhã e tarde</li> <li>• 21 profissionais: 02 gestores e 19 profissionais de regulação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (01) Central de regulação do acesso de demanda referenciada.</li> <li>• Atividades de média complexidade ambulatorial e hospitalar nos turnos da manhã e tarde</li> <li>• 15 profissionais: 02 gestores e 13 profissionais de regulação.</li> </ul>

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, SCNES/DATASUS/MS, 2018.

#### 4. 4 Amostra da Pesquisa

A população total do estudo foi de 156 funcionários cadastrados no CNES dos referidos municípios, sendo 18 gestores e 138 profissionais de regulação. Destes, foi obtida uma amostra de 56.4%, composta por dezoito (18) gestores e setenta (70) profissionais de regulação, totalizando 88 profissionais, que desempenham suas atividades laborais nas centrais reguladoras elegidas para o estudo.

Após, foram realizadas 40 entrevistas semiestruturadas, que corresponde a 45.45% do total de 88 profissionais de regulação. A escolha foi motivada em razão da disponibilidade dos pesquisados.

Foram incluídos na pesquisa, gestores e profissionais de regulação de nível superior e médio, componentes do quadro das secretarias municipais de saúde, efetivos e temporários, pertencentes aos complexos reguladores da Região Metropolitana I, que consentiram na aplicação dos instrumentos de coleta de dados;

A distância em km dos municípios em relação à Belém, é de no máximo 40km, sendo considerada neste critério.

O critério de exclusão definido em relação ao município de Santa Bárbara, componente da Região Metropolitana I, estabeleceu-se em razão de ser de gestão básica do sistema municipal, ou seja, por gerenciar apenas unidades ambulatoriais e o estudo necessitava avaliar as estruturas de regulação também em nível hospitalar.

Não foram considerados, os profissionais de regulação que executavam suas tarefas externamente ao departamento de regulação, ou seja, em hospitais credenciados ao SUS. Estes profissionais, comumente eram médicos avaliadores de laudos e prontuários, que se distribuíam na rede assistencial por escala e costumavam assinar seus pontos de frequência apenas uma vez por mês.

Compuseram a exclusão também profissionais da regulação do horário noturno, devido a inviabilidade no acesso ao departamento de regulação em Belém, mesmo com a autorização expedida pelo secretário de saúde. As razões apontadas referiam-se às questões relativas às medidas de segurança e não exposição de funcionários.

#### **4. 5 Coleta de Dados e Instrumentos de Pesquisa**

As autorizações das secretarias municipais de saúde para a pesquisa de campo, foram liberadas de dezembro/2015 a março/2017. Devido ao período eleitoral, houve uma pausa nas autorizações no segundo semestre de 2016. Com a mudança do executivo municipal e nomeação de novos secretários municipais, assessores e funcionários, aguardou-se por vários meses a liberação de todas as autorizações.

Assim, a coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro/2017 a janeiro de 2018, com várias interrupções devido à exoneração de funcionários e admissão de novos, ao final de 2017. Em razão disso, houve perdas de material coletado, necessitando novo rearranjo por parte da pesquisadora.

Na primeira fase da pesquisa, após a autorização das secretarias municipais, aplicou-se o questionário (Apêndice A), em 88 funcionários, abordados

em seus locais de trabalho, nos horários da manhã e da tarde, de segunda a sexta, com exceção dos sábados, domingos e feriados. O questionário era entregue ao pesquisado, juntamente com uma cópia do TCLE. Posteriormente era estipulado um tempo máximo para devolução, aproximado de uma semana.

Os resultados dos questionários eram lançados em planilhas do Excel para posterior análise. No questionário, foram abordadas questões relativas à caracterização sócio econômica e prática profissional na regulação da saúde em municípios do estudo.

Na segunda fase do estudo, foram realizadas 40 entrevistas semiestruturadas, com gestores (Apêndice B) e profissionais de regulação (Apêndice C), aplicadas nos ambientes de trabalho, em área reservada, com duração em média de 50 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas e após transcritas. Foram elaborados quadros em WORD, agrupando as falas dos pesquisados, que depois foram inseridos no software ATLAS TI. As entrevistas pautaram-se em questões sobre experiência dos trabalhadores na regulação, desempenho das ações, dificuldades na regulação, necessidade regulatória e acesso dos usuários aos serviços do SUS. Ver Quadro 6.

Quadro 6 – Desenho da coleta de dados, variáveis quantitativas e qualitativas, Região Metropolitana I, Pará, 2018.

<b>1ª Fase/ Estudo Quantitativo</b>	<b>Dimensões</b>	<b>Gestores Profissionais de Regulação</b>
<b>Variáveis/</b>	<b>Caracterização socioeconômica</b>	<b>1 – Primeiro nome e iniciais de sobrenome</b> <b>2 – Telefone para contato</b> <b>3 – Sexo</b> <b>4 – Idade em anos completos</b> <b>5 – Município de Nascimento</b> <b>6 – Município onde trabalha</b> <b>7 – Anos de Estudo</b> <b>8 – Renda</b>

Questionário	Regulação dos serviços de saúde	9 – Tempo de trabalho na regulação 10 – Carga horária semanal na regulação 11 – Forma de ingresso na regulação 12 – Condição na regulação 13 – Existem dificuldades na regulação? 14 – Você acha que a regulação é importante no SUS? 15 – Qual o sistema operacional utilizado na regulação que você atua?
2ª Fase/ Estudo Qualitativo	Gestores	Profissionais de Regulação
Variáveis/ Entrevista	1 – Relate o papel do gestor na regulação dos serviços de saúde nas centrais e complexos reguladores. 2 – O que você considera numa boa gestão? 3 – Quais as dificuldades que você enfrenta na gestão da regulação? 4 – Você acredita que a regulação da saúde é necessária no SUS? Por quê? 5 – Que sugestões você daria para que a central de regulação pudesse atender a todos?	1 – Relate sua experiência em relação ao trabalho executado na central de regulação. 2 – Você sente necessidade de apoio para desempenhar suas atividades profissionais? Caso positivo, fale a respeito. 3 – Você enfrenta dificuldades em desenvolver suas tarefas na central de regulação? Caso positivo, fale a respeito. 4 – Você acredita que a regulação da saúde é necessária no SUS? Por quê? 5 – Que sugestões você daria para que a central de regulação pudesse atender a todos?

Fonte: Produção da Autora

Houve dificuldades na coleta de informações em Belém (capital), por parte dos gestores que apresentaram resistência, coagindo servidores no momento da coleta e dificultando o acesso da pesquisadora às dependências do departamento. Destaca-se uma situação em que a profissional reguladora colocou seu questionário preenchido para validação da gestora responsável pelo setor.

Outra situação ocorreu com servidor que atuava na regulação de dois municípios, que ficou temeroso em responder ao questionário, por atuar como profissional da assistência e autorizador de laudos na regulação.

Outro caso ocorreu com a recusa de uma gestora da central de regulação de um município, que se sentia fragilizada em continuar na gestão, por pressões políticas e disseminação de notícias falsas pela mídia.

Em todas as situações, após apresentado e lido o TCLE, demonstrou-se que a colaboração era livre e espontânea, mas que seria de extrema importância a participação para dar visibilidade ao trabalho desenvolvido nas estruturas de regulação do SUS.

Em relação aos profissionais de regulação, especialmente os de nível superior, a dificuldade encontrada para aplicabilidade dos instrumentos de pesquisa ocorreu em razão do reduzido número de profissionais e o acúmulo de atividades, restando-lhes pouca disponibilidade de tempo para a pesquisa.

No entanto, mesmo enfrentando entraves, obteve-se êxito na aplicação dos instrumentos de pesquisa, especialmente em relação aos profissionais de regulação do nível médio, que foram atenciosos e corteses.

#### 4.6 Tratamento e Plano de Análise dos Dados.

O estudo analisou dados de n=88 funcionários do setor de Regulação dos municípios de Belém, Ananindeua, Marituba e Benevides do estado do Pará, sendo n=18 gestores e n=70 Profissionais de Regulação, cujo plano de análise encontra-se especificado no Quadro 7.

Quadro 7 – Plano de análise quantitativa e qualitativa, Região Metropolitana I, Pará, 2018.

MÉTODO	TECNOLOGIA	PLANO DE ANÁLISE
QUANTITATIVO	Programa BioEstat Tecnologia dEASYgner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribuição de frequências absolutas e relativas;</li> <li>- Aplicação do teste Qui-quadrado;</li> <li>- Fixado o nível de significância <math>\alpha=0.05</math>;</li> <li>- Planejamento de análise por meio da tecnologia dEASYgner.</li> </ul>
QUALITATIVO	Software Atlas TI	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Categorização das abordagens temáticas</li> <li>- Análise da dialogicidade e dos índices de valor (absoluto e relativo), com agrupamento dos dados por semelhanças;</li> <li>- Geração de redes com as citações;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escolha das unidades de contexto;</li> <li>- Elaboração das categorias de análise com subcategorias: fatores limitantes e facilitadores da regulação.</li> </ul>
--	--	---

Fonte: Produção da Autora

As variáveis quantitativas foram apresentadas por distribuições de frequências absolutas e relativas. Para comparar os dados de gestores e profissionais de regulação foi aplicado o teste do Qui-quadrado de independência (AYRES M, AYRES JR, AYRES DL; SANTOS, 2007).

Foi previamente fixado o nível de significância alfa = 0.05 (margem de erro alfa de 5%) para rejeição da hipótese de nulidade. A intenção era compreender, se havia discordância entre gestores e profissionais de regulação. O processamento estatístico foi realizado no programa BioEstat versão 5.3 e o planejamento da análise de dados foi realizado na tecnologia dEASYgner (Planejamento de Estudos Científicos).

A primeira versão do programa BioEstat foi lançada em 2007 e hoje apresenta mais de 40 mil cópias sendo um programa utilizado em muitas universidades do país. A tecnologia dEASYgner consiste em um desenho do estudo (planejamento), antes da análise de dados, para proporcionar maior suporte técnico ao estudo.

A análise qualitativa seguiu a linha metodológica de Bakhtin (2005), que estuda a análise do discurso pautado em unidade de análise, caracterizada pelo enunciado verbal, composto por palavras, as quais estabelecem o elo na cadeia de comunicação verbal.

Uma das importantes colaborações bakhtinianas para a interpretação de um texto refere-se ao fato de que o sentido se constitui não só pelos seus aspectos propriamente linguísticos, mas também e principalmente, pela relação que existe entre o texto e os fatores sociais, históricos, culturais e ideológicos de sua produção. Nenhum discurso é individual, segundo ele, já que se constrói por meio das relações entre seres sociais e todos os discursos sociais mantêm uma plena e permanente interação.

Sua abordagem visa compreender os discursos, materializados nos enunciados, discurso este, constituído no seio de uma dada esfera social, e por isso, refratado pela ideologia e pela valoração, que se materializa na forma de enunciados. Por isso, todo enunciado é concreto, historicamente individual, representa uma nova unidade (elemento) na comunicação discursiva.

O que importa para o teórico é como estes se constituem, sua conexão e interação com as atividades humanas, ou seja, seu processo de produção. Isto quer dizer que os gêneros estabelecem uma interconexão da linguagem com a vida social. Esses enunciados (escritos ou orais), “relativamente estáveis”, estabelecidos pelas condições específicas e pelas finalidades de cada esfera, são chamados de gêneros do discurso.

Os gêneros discursivos são histórica e socialmente construídos, visto que se relacionam diretamente às diferentes situações sociais, que por sua vez os determinam com características temáticas, composicionais e estilísticas. Para demonstrar suas observações acerca do método formal para o estudo do discurso, Bakhtin apresenta uma análise dos enunciados da vida cotidiana, entendendo que, na vida, o discurso verbal é claramente autosuficiente.

A metodologia de análise dos enunciados obtidos se resume a duas etapas: (1) categorização das abordagens temáticas; (2) análise da dialogicidade e dos índices de valor (absoluto e relativo). O índice de valor absoluto refere-se ao número de vezes em que uma subcategoria ocorre dentro dos enunciados; o índice de valor relativo é a relação entre índice absoluto e a quantidade de enunciados. Dentre os gestores, foram obtidos 619 enunciados e entre os profissionais de regulação, 161.

Para obter os resultados, a análise de conteúdo foi realizada com o auxílio de um software de análise qualitativa, Atlas TI (versão 8), que se constitui em um conjunto de ferramentas para a organização da análise qualitativa.

Inicialmente o software foi usado para dar suporte à categorização e determinação dos índices de valor. Nessa etapa foi realizado o agrupamento dos dados de acordo com suas semelhanças, sob critérios baseados na pergunta que o estudo se propôs a investigar.

Após a codificação (processo que resultou da inserção de marcadores que identificavam o número de vezes que uma subcategoria ocorria em um texto), o software Atlas TI permitiu gerar uma rede com as citações de cada código, o qual permitiu categorizar os fatores limitantes e facilitadores apresentados no discurso dos profissionais do SUS.

A classificação de cada código gerou uma lista de subcategorias: Gestores (7) fatores limitantes e (4) fatores facilitadores. Para os Profissionais de Regulação foram gerados (5) fatores limitantes e (3) fatores facilitadores.

Após todo o processo de categorização, foi realizado o detalhamento dos resultados obtidos e o compartilhamento de todos os significados concretos e subjetivos das narrativas analisadas. A escolha das unidades de contexto (enunciados) ocorreu quando as citações de cada código foram formadas nas redes.

Cada código tem seu significado, dentro do discurso dos Gestores e Profissionais de Regulação, indicado por um conjunto de citações. As citações foram classificadas de forma que pudessem ser agrupadas obedecendo aos critérios de pertinência, exaustividade, homogeneidade, exclusividade e objetividade.

A interpretação dos dados foi realizada por um processo de inferir dedutivamente, como as subcategorias podem ser interpretadas dentro do contexto das unidades de conteúdo.

A análise realizada com auxílio do software apresentou profundidade na interpretação das narrativas, além de:

- Manter o objetivo da análise, facilitando a codificação e categorização, gerando redes que facilitaram a visualização, interpretação e a precisão das narrativas analisadas;
- Possibilitou uma visão organizada das respostas, proporcionando mecanismos de busca de texto rápida e flexível;
- Permitiu estabelecer palavras chaves que identificam segmentos de texto;
- Possibilitou atrelar segmentos de texto uns aos outros, com o objetivo de estabelecer categorias e redes de informação;
- Elaboração de figuras que facilitaram a visualização de resultados.

#### **4.7 Aspectos éticos**

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Goiás, vinculado à Plataforma Brasil, conforme o que preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 (BRASIL, 2012). Através do CAAE de nº 52395815.0.0000.5078, encontra-se na condição de aprovado, atendendo a todas as recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição.

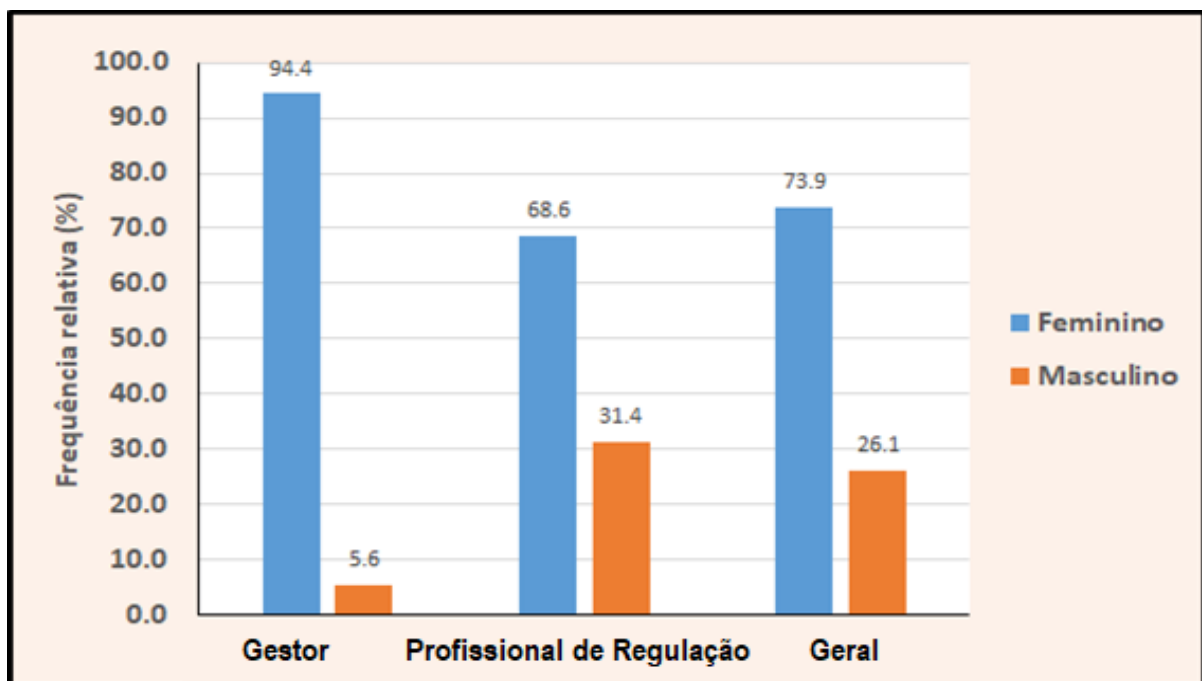
## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo analisou dados de n=88 funcionários do setor de Regulação dos municípios de Belém, Ananindeua, Marituba e Benevides do estado do Pará, sendo n=18 gestores e n=70 profissionais de regulação.

Gestores e profissionais de regulação, são na maioria do sexo feminino (73.9%), sendo que 26,1% pertence ao sexo masculino. Entretanto a distribuição do sexo mostrou que há diferença estatisticamente significativa (p-valor =0.0353\*) entre gestores (5.6%-masculino) e profissionais de regulação (31.4%, masculino), conforme Gráfico 1.

A predominância feminina nos setores de regulação (94.4%),vai ao encontro de um trabalho intitulado “Proposta do Subprojeto Quali SUS, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), que destaca o público feminino na região Metropolitana I, em torno de 52,3%. Os dados revelam de forma expressiva a tendência de feminilidade da força de trabalho em saúde e a maior participação da mulher no mercado de trabalho, verificando-se um aumento significativo nos últimos anos.

Gráfico 1 – Distribuição por sexo de Gestores e Profissionais de Regulação, Região Metropolitana I, Pará, 2018.

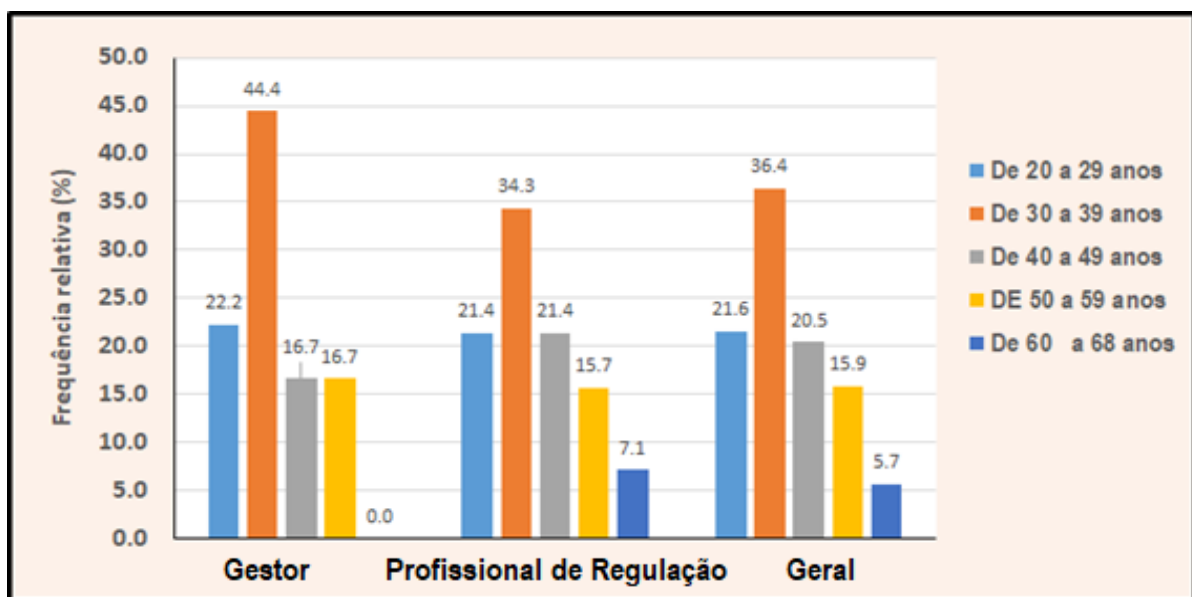


Fonte: Produção da Autora, 2018

Os funcionários da regulação têm idade variando entre 21e 68 anos, caracterizada pela tendência central na média,  $39.5 \pm 11$  anos. A distribuição da idade entre gestores (de 30 a 39 anos, 44.4%) e profissionais de regulação (de 30 a 39 anos, 34.3%) não apresenta real diferença ( $p$ -valor = 0.5853), de acordo com o Gráfico 2.

Em relação à faixa etária de trabalhadores da saúde, Alves e colaboradores (2004), afirmam que 83,03% dos pesquisados estudados, encontram-se com idade entre 36 e 50 anos. O estudo corrobora com a pesquisa em tela, que aponta a média de 39 anos para trabalhadores do setor de regulação do SUS, o que confere maior maturidade profissional.

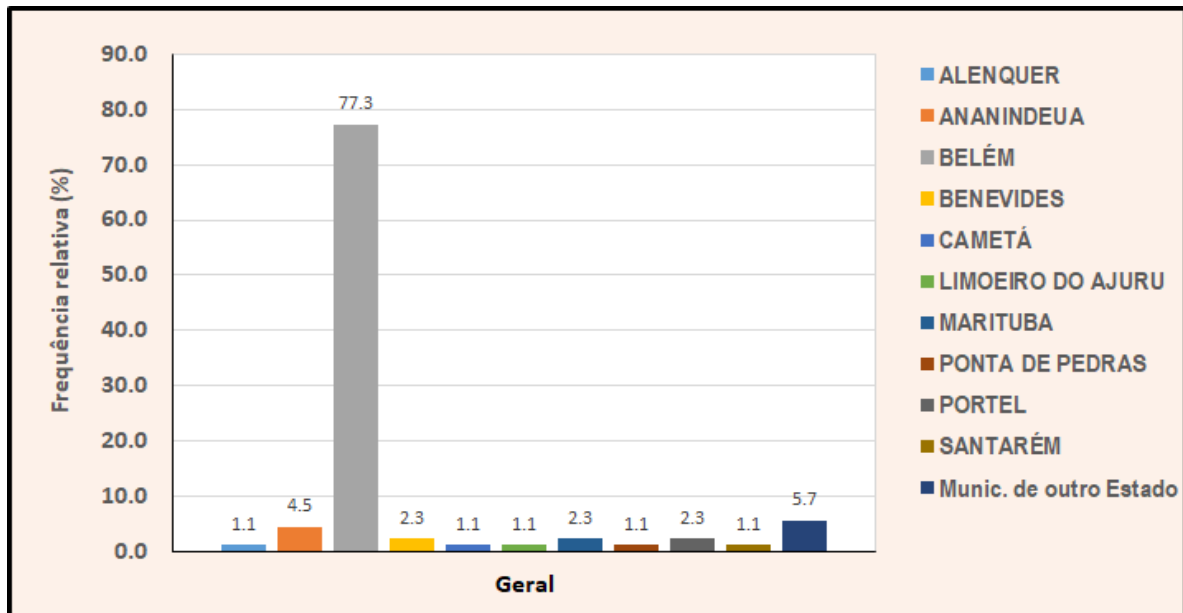
Gráfico 2 – Distribuição por faixa etária de Gestores e Profissionais de Regulação, Região Metropolitana I, Pará, 2018.



Fonte: Produção da Autora, 2018

No Gráfico 3 pode ser observado que o município de nascimento é predominantemente Belém/PA ( $p$ -valor = 0.2119, sem diferença significativa), sendo gestores (61.6%) e profissionais de Regulação (81.8%).

Gráfico 3 – Cidade de nascimento dos Gestores e Profissionais de Regulação, Região Metropolitana I, Pará, 2018.



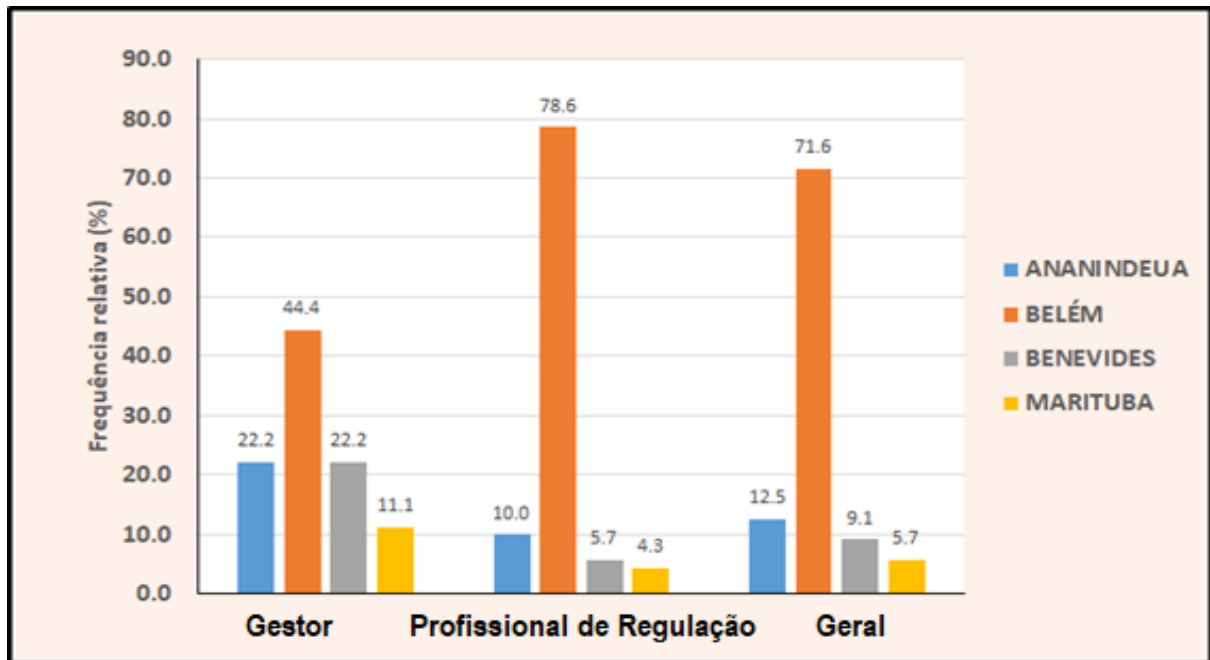
Fonte: Produção da Autora, 2018

O município de trabalho também é centralizado em Belém/PA (71.6%, no geral), entretanto apresenta evidências de uma dispersão para outros municípios (p-valor = 0.0366\*, diferença estatisticamente significativa), pois apenas 44.4% dos gestores atuam em Belém, enquanto que 78,6% dos profissionais de regulação, atuam de forma mais concentrada na capital do Estado, conforme Gráfico 4.

A fixação de trabalhadores no município de Belém se deve ao fato de ter realizado concursos públicos nos anos de 1988, 1998 e 2000, além de processo seletivo para cadastro de reserva com limite contratual para dois anos no ano de 2011. Razão pela qual os dados vão ao encontro da pesquisa em tela que apontou a centralização de trabalho no município de Belém (71,6%).

O único concurso público realizado em Marituba, ocorreu em 2007 e encontra-se embargado pela justiça em razão de problemas operacionais, o que inviabilizou a nomeação dos aprovados. Os municípios de Ananindeua e Benevides fizeram seleção de profissionais através de concurso público nos anos de 2009 e 2007 e 2012, somente para nível superior.

Gráfico 4 – Cidade de atuação profissional, de Gestores e Profissionais de Regulação, Região Metropolitana I, Pará, 2018.



Fonte: Produção da Autora, 2018.

No tocante ao tempo de estudo, a Tabela 1 demonstra que 63.6% dos profissionais (geral) entrevistados tem mais de 15 anos de estudo, sendo que não existe real diferença entre gestores e profissionais de Regulação (p-valor = 0.1654, diferença não é significativa).

Também não existe real diferença salarial (p-valor = 0.0623, diferença não significativa), pois os 66.7% dos gestores ganham (nesta função) até 2 salários mínimos, e a maioria dos profissionais de regulação (52.9%) também tem rendimento até 2 salários mínimos.

Um dos aspectos que influencia essa situação, é o fato de interessar ao capital, organizar a produção, tirando vantagem dos baixos salários e da fraca regulamentação do trabalho existente em países periféricos do sistema econômico capitalista, como é o caso do Brasil. Essa tendência parece ser uma realidade no serviço público, apesar de todo o discurso de mudança existente no setor saúde (ALVES, PENNA, BRITO, 2004).



20 h	1	5.6	6	8.6	7	8.0
40 h	16	88.9	61	87.1	77	87.5
Mais que 40 h	1	5.6	3	4.3	4	4.5
Vínculo empregatício						<0.0001*
EFETIVO	1	5.6	34	48.6	35	39.8
EFETIVO/DAS	1	5.6	0	0.0	1	1.1
TEMPORÁRIO	10	55.6	36	51.4	46	52.3
TEMPORÁRIO/D.A.S.	6	33.2	0	0.0	6	6.8

\*Teste G para amostras independentes. \* D.A.S. (Direção e Assessoramento Superior)

Fonte: Produção da Autora, 2018.

A Tabela 2 demonstra que 18 (100%) de gestores e 63 (92%) de profissionais de regulação, operacionalizam seus trabalhos através do SISREG (Sistema de Regulação) disponibilizado pelo Ministério da Saúde a estados e municípios.

O SISREG é um sistema de informações on-line disponibilizado pelo DATASUS para o gerenciamento e operação das centrais de regulação. É um programa (software) que funciona por meio de navegadores instalados em computadores conectados à Internet. O SISREG é composto por dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas e a Central de Internação Hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

É importante destacar que o SISREG incorpora conceitos importantes de identificação dos Estabelecimentos de Saúde e dos Profissionais de Saúde que neles trabalham, e busca incorporar, também, regras que deem suporte à lógica de referência e contra referência (CORDEIRO, 2016).

No que diz respeito aos profissionais de regulação, 5,7% são médicos, 8,6%, enfermeiros, 1,4% dentistas, 1,4% farmacêuticos, 12,9%, técnicos administrativos, e 70,0% de auxiliares administrativos.

Observa-se uma predominância de auxiliares administrativos, quando comparados aos demais profissionais. Esse dado propõe algumas inferências. Primeiro em razão dos baixos salários, que lhes são mais atrativos do que para os profissionais de nível superior. Segundo, pela própria dificuldade enfrentada no mercado, que mantém os auxiliares administrativos, vinculados ao trabalho, pela necessidade.

Há grande dificuldade em concentrar profissionais de nível superior como médicos, enfermeiros, assistentes sociais e outros na função de profissionais de regulação. Isso se justifica pelos baixos salários que são pagos pelas secretarias de saúde (MATTOS, *et al.*, 2012).

Tabela 2 - Sistema de informação e condição funcional de Gestores e Profissionais de Regulação, Região Metropolitana I, 2018.

	Gestor		Prof. Regulador		Geral		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Sistema de informação							<0.0001*
SISREG	18	100.0	63	90.0	81	92.0	
SIA	0	0.0	4	5.7	4	4.5	
SIHD	0	0.0	2	2.9	2	2.3	
CNRAC	0	0.0	1	1.4	1	1.1	
SCNES	0	0.0	2	2.9	2	2.3	
SIGTAP	0	0.0	4	5.7	4	4.5	
SAC	0	0.0	3	4.3	3	3.4	
BPA	0	0.0	1	1.4	1	1.1	
CADSUS	0	0.0	1	1.4	1	1.1	
Condição funcional							<0.0001*
GESTOR	18	100.0	0	0.0	18	20.5	
MÉDICO	0	0.0	4	5.7	4	4.5	
DENTISTA	0	0.0	1	1.4	1	1.1	
ENFERMEIRO	0	0.0	6	8.6	6	6.8	
FARMACÊUTICO	0	0.0	1	1.4	1	1.1	
TEC. ADM	0	0.0	9	12.9	9	10.2	
AUX.ADM.	0	0.0	49	70.0	49	55.7	

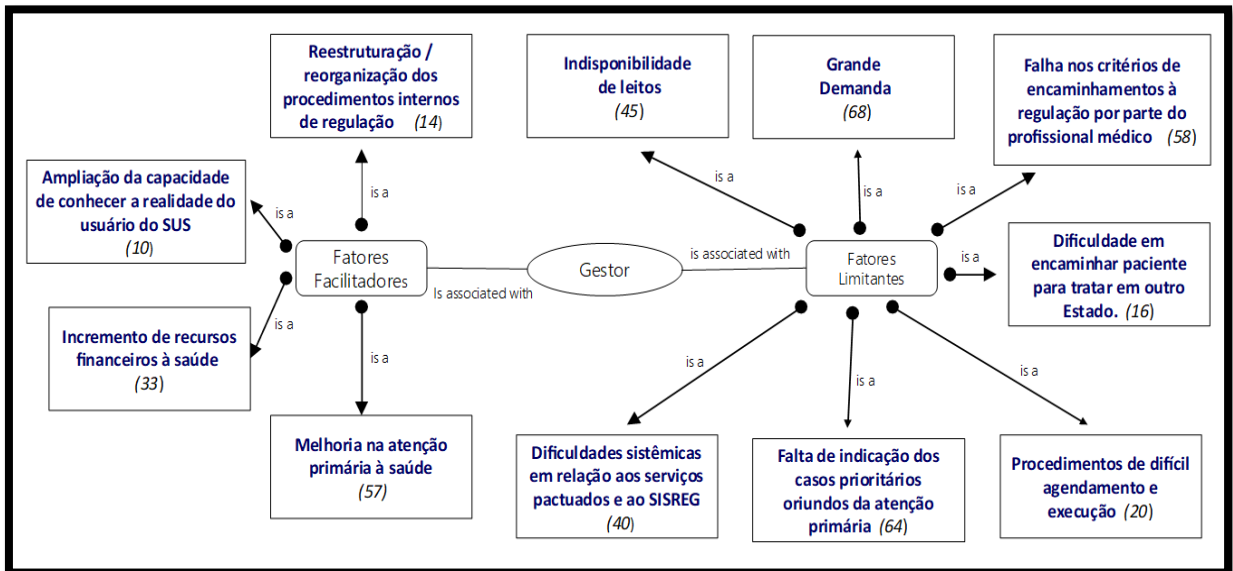
\*Teste G para amostras independentes.

Fonte: Produção da Autora, 2018.

Pelo ineditismo do estudo, outros trabalhos com essas temáticas (jornada de trabalho, questões salariais, dentre outros) em relação aos profissionais de regulação da saúde, ainda são incipientes. Por isso essas informações encontram-se alicerçadas na experiência de trabalho em regulação da pesquisadora em questão. Esses temas serão tratados na análise qualitativa, comprovadamente nas vozes de quem faz o papel de regular o sistema de saúde.

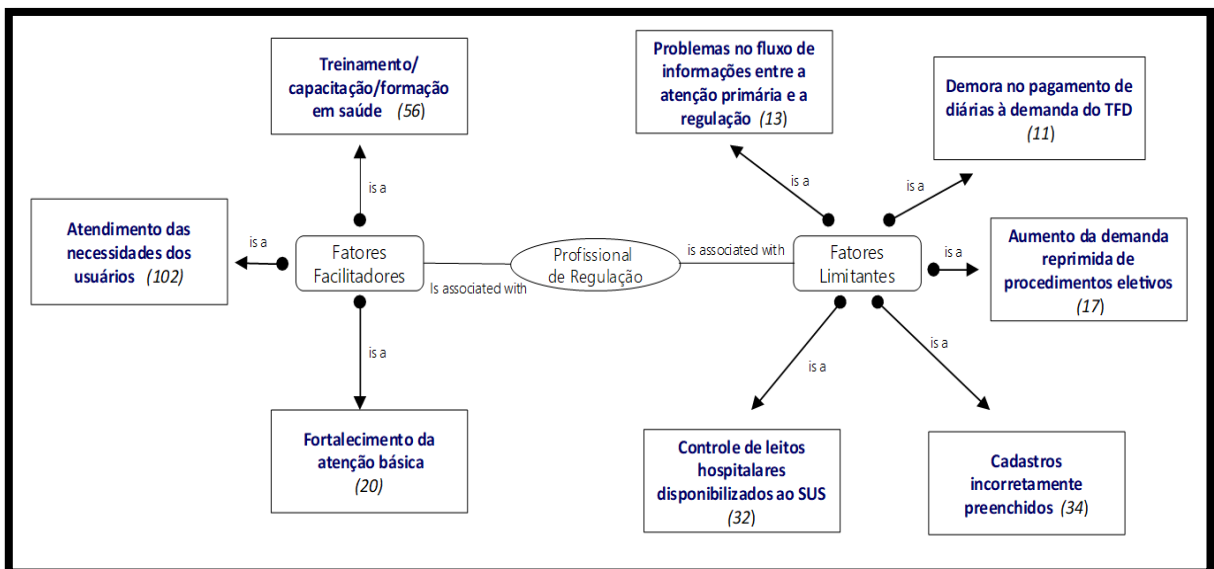
No que se refere à pesquisa qualitativa foram elaboradas as categorias de gestores e profissionais de regulação que se desmembraram em subcategorias, conforme Figuras 8 e 9 a seguir.

Figura 8 – Fatores Facilitadores e Limitativos, por Gestores, Região Metropolitana I, Pará, 2018.



Fonte: Produção da Autora, 2018.

Figura 9 – Fatores Facilitadores e Limitativos por Profissionais de Regulação, Região Metropolitana I, Pará, 2018.



Fonte: Produção da Autora, 2018.

### **Categoria Gestor. Subcategoria: Fatores Limitantes da Regulação**

Na análise dos enunciados dos Gestores foram encontradas evidências em sete subcategorias de fatores limitantes: grande demanda; falta de indicação dos casos prioritários oriundos da atenção primária; falha nos critérios de encaminhamento à regulação por parte do profissional médico; indisponibilidade de leitos; dificuldades sistêmicas em relação aos serviços pactuados e ao SISREG; procedimentos de difícil agendamento e execução; e dificuldades em encaminhar pacientes para tratar em outro Estado.

Quadro 8 – Fatores Limitantes da Regulação, segundo Gestores, Região Metropolitana I, Pará, 2018.

<b>Subcategoria: Fatores Limitantes</b>	<b>Índice Absoluto</b>	<b>Índice Relativo</b>
<b>Grande demanda</b>	<b>68</b>	<b>11.0</b>
<b>Falta de indicação dos casos prioritários oriundos da atenção primária</b>	<b>64</b>	<b>10.4</b>
<b>Falha nos critérios de encaminhamentos à regulação por parte do profissional médico</b>	<b>58</b>	<b>9.4</b>
<b>Indisponibilidade de leitos</b>	<b>45</b>	<b>7.3</b>
<b>Dificuldades sistêmicas em relação aos serviços pactuados e ao SISREG</b>	<b>40</b>	<b>6.5</b>
<b>Procedimentos de difícil agendamento e execução</b>	<b>20</b>	<b>3.2</b>
<b>Dificuldade em encaminhar paciente para tratar em outro Estado</b>	<b>16</b>	<b>2.6</b>

Fonte: Produção da Autora, 2018.

#### **• Grande Demanda**

É representada por 68 citações (11%). O crescimento da assistência de alta complexidade ambulatorial e hospitalar e uma distribuição dos leitos não racional em relação às necessidades da população, demonstram ser um movimento não planejado de acordo com as transformações exigidas pelo momento de transição

demográfica, social e epidemiológica caracterizada por aumento de idosos e grande população em idade ativa, em que grande parte dela sem a adequada inserção econômica, contribui para o aumento da violência, trazendo como consequência maior demanda por atendimentos, sobretudo de urgências e emergências por traumatismos, acidentes vasculares cerebrais e emergências cardiológicas. Responsáveis pela superlotação das emergências de todo país, à baixa oferta de leitos de retaguarda, particularmente de clínica médica e especialidades (MENDES, SÁ, MIRANDA, LYRA, TAVARES, 2012).

Há questões importantes em relação à demanda grande que refletem a fragilidade no acesso de usuários do SUS, principalmente quanto às oportunidades de utilização dos serviços de saúde. Gawryszewski e colaboradores (2015), destacam que as limitações de acesso apontam práticas de regulação pouco efetivas e dependentes de mecanismos não formais de ação, que repercutem em falta de vagas e falta de recursos de especialidades mais complexas.

Essas ideias são reforçadas pela atuação do poder judiciário que interfere diretamente nos trâmites de encaminhamento das centrais de regulação. Os usuários descontentes, em razão da longa espera, procuram o Ministério Público e/ou Defensoria Pública, para fazer jus às suas demandas.

“Uma demanda de Ministério Público, que tem aí uma outra urgência.” (G1)

“Toda semana a gente estava no MP, era bomba, era processo, é só crítica” (G5)

“Nós recebemos demanda, mais, MP, defensoria e ouvidoria” (G3)

“A demanda é crescente e a oferta é insuficiente” (G2)

“Não tem vaga pra todo mundo, o que deixa a gente meio angustiado” (G7)

“A promotora mandou, e ela queria saber o CID, queria saber da gravidade do paciente” (G8).

“A maioria dos municípios encaminham para Belém, onde tem a maior estrutura, a maior rede, a maioria desconhece PPI, Pactuação, Regulação” (G12)

Nota-se que o principal objeto do processo judicial é a garantia de acesso ao atendimento, dificultado principalmente pela ausência de vagas. Esses pleitos judiciais demandados pela população podem ser indicadores da necessidade de reprogramação do número de leitos, de intensificação no gerenciamento dos

existentes e, principalmente, do desenvolvimento de políticas que incentivem a desospitalização e assegurem a eficácia da atenção básica (GOMES, *et al.*, 2014)

É questionada a capacidade técnica do Poder Judiciário para intervir na organização e gestão do sistema de saúde, no entanto a judicialização pode vir a ser aliada do SUS, por sinalizar as deficiências e estimular a reflexão para novas políticas, de forma a reduzir a distância entre o SUS estabelecido na reforma sanitária e o SUS executor de ações e serviços de saúde (FLEURY, 2012).

• ***Falta de indicação dos casos prioritários oriundos da atenção primária***

São apontadas 64 citações (10.4%), que indicam as lacunas demandadas pela atenção primária, tanto ao nível de documentos emitidos pelos profissionais médicos e de nível médio, que não atendem aos protocolos instituídos na regulação, como nas dificuldades de pactuação, pois o sistema não disponibiliza oferta suficiente, compatível com a necessidade do usuário.

“Um paciente que não tem prognóstico, então tudo a gente tem que analisar, como critério para ver qual é a melhor opção” (G6)

“Quando tu vais ver na agenda, nefro, uro, neuro é muito pequena, então essa desproporção ou essa não oferta, incompatível com a necessidade, é um dos complicadores, porque tu tens que priorizar não tem jeito” (G11)

“A gente vai ver a prioridade, a idade, vê se aquele paciente tem condições de ir para aquele leito e sair de lá, porque a gente não dispõe de leito para um paciente que não tem prognóstico...” (G13)

“Existem alguns critérios pela fila que dentre eles é dar prioridade pra paciente que tá internado até por uma questão do custo do leito” (G16).

“As informações que vem da rede são insuficientes, pobres, às vezes você mal consegue identificar o nome e a especialidade, não tem informações clínicas, exames, então quando você precisa priorizar isso dificulta” (G18)

As falas revelam que o processo de pactuação é problemático e que os municípios com baixa capacidade tecnológica e de serviços de maior complexidade, sobrecarregam outros considerados de maior porte em termos de possibilidades em ofertar um maior leque de serviços à população.

No entanto, isso não se constitui em regra, pois nos municípios de maior porte estão concentrados o maior número de serviços privados que atendem planos de

saúde e particulares, comprometendo por vezes, a porta de entrada aos usuários do SUS. Lobato e Giovanella (2012) afirmam que nos sistemas privatizados a lógica predatória é uma constante, sendo necessário o componente regulador para garantir o acesso dos usuários aos serviços do SUS.

Outro aspecto se refere à relação entre os municípios que tem se mostrado pouco cooperativa e solidária e tem acirrado o jogo na arena decisória no campo da pactuação de serviços de saúde. Embora, em alguns casos, os serviços sejam pactuados, os municípios não cumprem as condições estabelecidas e isso compromete ainda mais a oferta dos serviços em quantidade e qualidade (FARIA, *et al.*, 2017).

Almeida e colaboradores (2010) destacam que entre os municípios, nem sempre é possível garantir agendamento para média complexidade, particularmente no que se refere à rede de apoio à diagnose e terapia. A maior parte dos médicos e enfermeiros avaliou problemas decorrentes das listas de espera que impedem o acesso adequado ao cuidado especializado e hospitalar como o principal entrave à integração da rede de serviços de saúde.

• ***Falha nos critérios de encaminhamentos à regulação por parte do profissional médico.***

O problema vinculado ao profissional médico nas falas dos gestores representa 58 citações (9.4%). Transparece que ainda prepondera a figura do médico como detentor de poder pleno na área do diagnóstico e tratamento de doenças, cuja responsabilidade lhe recai por demandar pleitos à regulação fora dos critérios e protocolos estabelecidos.

Geralmente ausente às reuniões, provocada em grande parte, pelo acúmulo de jornadas de trabalho, é considerada uma categoria problemática, pelo poder ainda hegemônico que lhe respalda, centrado em procedimentos e não organizados a partir do cuidado e necessidades do usuário. Sobressai nas falas, a falta de critério/conduta do profissional médico para encaminhamentos à regulação.

“Evolução médica incompleta, que não diz o quadro daquele paciente que está lá no Pronto Socorro esperando” (G4).

“Cada médico tem uma conduta, é complicado lidar com médicos” (G5)

“Os médicos geralmente mandam nos receituários: Precisa de TFD, a gente encaminha o nosso formulário para que seja preenchido tudo direitinho...” (G9)

“Entra um novo médico e acaba atrapalhando a rotina de trabalho...” (G11)

“Uma dificuldade é que o médico, pede logo, faz um encaminhamento para o neuro, sem seguir o protocolo, sem seguir as regras.” (G15)

“A deficiência às vezes está lá na ponta, o médico poderia resolver e o paciente sair dali com uma medicação, ele poderia sair dali bem melhor” (G16)

“Devemos fazer uma reunião com os médicos, porque realmente tem médico que nem olha na cara do paciente” (G18)

Para Schraiber e colaboradores (2010), as diferentes especialidades médicas convergem quando se trata da relação que estabelecem com o usuário: amparam-se na soberania médica, não gostam de ser questionados, estão sempre pautados na racionalidade biomédica e dificilmente estabelecem diálogo.

Os profissionais médicos têm alegado perda de motivação profissional e muitos limites para sua atuação, que associam ao grande volume de atendimento e ao perfil dos usuários, que apresentam dificuldades de compreensão das orientações por eles fornecidas. Destacam como principais obstáculos: demanda excessiva; falta de medicamentos; precariedade das instalações físicas; demora e falta de qualidade dos serviços laboratoriais (KISS, SCHRAIBER, 2011).

Em seu estudo Goldwasser et al (2018) destacam que os médicos trabalham sob a pressão dos familiares, dos colegas e dos gestores, de modo que o conceito de prioridade varia conforme seu próprio julgamento, que muitas vezes desconsidera o processo regulatório e toma para si o papel de decidir, se utilizando de contatos pessoais, ligações telefônicas ou contatos pelo *WhatsApp*, criando uma rede paralela não oficial.

#### • **Indisponibilidade de leitos**

Encontra-se em 45 citações (7.3%) e se expressam na dificuldade da regulação em garantir leitos aos usuários, que se encontram nas

urgências/emergências de hospitais, nas unidades de Pronto Atendimento (UPAS) ou em domicílio, nos casos de procedimentos eletivos.

“Tem os supervisores hospitalares para ir em loco visualizar os leitos vagos que tem disponíveis...” (G1)

“Eu não digo a questão de mais hospitais, mas a oferta de hospitais deve ser fidedigna. Vamos supor que num hospital a gente tenha 60 leitos, mas o que eles nos oferecem no dia são 5 de 60, sempre dizem que aqueles 60 leitos estão ocupados, o que a gente sabe que não é verdade.” (G2)

“... tu estás visualizando os leitos vagos e aí não tem como eles questionarem contigo, até porque os leitos são do SUS” (G10)

“Uma mãe vem se queixando, que precisa de uma determinada internação e para mim é uma dificuldade quando vejo que não há vaga no sistema, que o prestador não me ofertou, apesar da gente saber que ele recebeu para atender” (G3)

“Pelas portarias, Belém estaria com a quantidade de leitos suficientes para atender seus usuários, mas Belém atende só Belém? Não!” (G14)

Destaca-se que muitas internações ocorrem diretamente nos hospitais, sem intermediação de centrais de regulação, considerando que o tempo dispendido na espera por leito, propicia que os pacientes busquem diretamente os hospitais (EVANGELISTA, BARRETO, GUERRA, 2008).

Em algumas situações há um fluxo de encaminhamento diferenciado, com análise classificatória de prioridade/risco que por vezes, revela problemas na acessibilidade, comprometendo a continuidade e a resolubilidade da atenção. O acesso aos serviços, implica em localização da oferta, localização dos usuários, transporte, tempo, distância e custos de deslocamento.

Outro aspecto importante diz respeito à escassa regulação na oferta de leitos em hospitais contratados pelo sistema público, que também atendem os usuários de planos de saúde e privados, favorece a ineficiência e irracionalidade no uso dos serviços. Um mesmo usuário hospitalizado pode ser fonte de receita para o hospital via SUS, plano de saúde e desembolso privado, dificultando a efetividade das centrais de regulação de leitos nos municípios (LEMÕES, *et al.*, 2013).

• ***Dificuldades sistêmicas em relação aos serviços pactuados e ao SISREG***

As dificuldades sistêmicas encontram-se em 40 citações (6.5%). Elas estão vinculadas à operacionalização dos sistemas, especialmente o SISREG e às relações com prestadores relacionadas às deficientes pactuações. Isso se expressa, quando usuários necessitam de consultas e exames especializados, que são usualmente autorizados na regulação, barram em cotas, que quando expiradas, precisam esperar por mais tempo, até que sejam liberados novos períodos de solicitação e autorização.

“Nossas dificuldades são realmente as pactuações, a gente sabe da situação do país, do estado e do município, algumas coisas não estão sendo liberadas...” (G3)

“A regulação precisa de uma rede de atenção que trabalhe junto com ela...” (G7)

“Hoje a gente tem uma dificuldade com os laboratórios.” (G8)

“Não, conseguimos montar uma equipe de pessoas que já conhece como funciona o sistema de regulação, de exames, consultas especializadas e internações.” (G12)

“Aí tu vás me perguntar, o SISREG é o melhor sistema? Aí vou te dizer sim porque é o que eu tenho... A questão é também, descentralizar o SISREG para facilitar.” (G16)

Os sistemas de informação em saúde (SIS), são instituídos para instrumentalizar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, na perspectiva da melhoria da saúde individual e coletiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Nesse sentido, considera-se que a implantação e implementação do SISREG nos municípios, assim como a qualificação dos trabalhadores para utilização dos diversos sistemas, são imprescindíveis no processo regulatório.

Há estudos que corroboram em afirmar que a implantação do SISREG, minimiza os problemas sistêmicos, pois permite aos municípios conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, planejar a oferta de atenção especializada em função da demanda, definir prioridades clínicas, monitorar o índice de abstenção a consultas e exames, além de garantir maior imparcialidade no controle das agendas (ALMEIDA, *et al.*, 2010).

O SISREG é utilizado para agendamento de consultas e exames especializados, assim como para solicitação de internações. Há que se esclarecer que o procedimento iniciou somente a partir de outubro de 2011, ocasião na qual, Belém aderiu o uso desse sistema com implantação do SISREG Hospitalar.

Destaca-se que a implantação de centrais de regulação é um dos componentes destacados no processo de gestão descentralizada, pois possibilita a organização de demandas de usuários e a alocação de recursos necessários para favorecer o acesso aos serviços (ALMEIDA, *et al.*, 2010). No entanto, há de se convir que os processos de pactuação não têm sido satisfatórios e pouco condizem com as reais necessidades de saúde da população.

Um estudo realizado por Lira (2009) revela que mais de 70 mil consultas por dia são reguladas e registradas nos sistema de regulação informatizado, que comparado ao sistema inglês, é quase o dobro deste país. Demonstra que as ações brasileiras estão em franca expansão, considerando o tamanho e as diferenças regionais do nosso país como elementos complicadores para o avançar dessa política de regulação e informatização.

• ***Procedimentos de difícil agendamento e execução***

Nessa questão estão inclusos os procedimentos de tomografia, ressonância magnética e procedimentos cirúrgicos de urologia e ortopedia. Os gestores em 20 citações (3.2%), reconhecem que não conseguem fazer a regulação de todos os procedimentos, principalmente quando os municípios não realizam e necessitam buscar o atendimento em outros. No caso de pacientes de risco tentam conceder-lhes prioridade.

“hoje o meu nó, é cirurgia urológica e cirurgia ortopédica... A questão do acesso à consulta especializada é um nó, o que deveria ser feito é um levantamento de possíveis pacientes de risco para dar uma prioridade a eles” (G9)

“A gente vai esbarrar em outras dificuldades, como as tomografias que no momento o município não dispõe.” (G11)

“Olha eu acho que a maior dificuldade é justamente de não conseguir fazer a regulação de todas as especialidades.” (G14)

“mas no caso a hemodiálise quando vejo a fila muito grande então a gente sabe que vaga é uma coisa limitada...” (G17)

“A gente sabe que essa demanda só cresce e a gente precisa estar tentando ser o mais rápido possível, para viabilizar consultas especializadas aos pacientes.” (G18)

Almeida e colaboradores (2010) afirmam em seu estudo intitulado “Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos”, que todos os leitos, inclusive os privados credenciados ao SUS e os públicos, são controlados pela central municipal de regulação, de modo que os instrumentos de referência e contrarreferência representam importante instrumento para integração dos serviços de saúde.

É importante ressaltar que o aumento da disponibilidade de procedimentos secundários, por si só, não diminui o estrangulamento do acesso. Os encaminhamentos logo se tornam mecânicos, comuns do atendimento médico-curativo, desgastando-se pela baixa resolutividade, pois, em sua maioria, não são feitos com indicações precisas e não mudam a qualidade do atendimento.

No seio da transformação, é crucial a ressignificação desses procedimentos e remodelagem do sistema assistencial, para evitar o desperdício dos recursos e baixa resolutividade. Enquanto a solicitação acontece num processo de responsabilização do cuidado, os procedimentos passam a ser usados realmente para esclarecimento diagnóstico, com esgotamento do nível anterior de complexidade e maior precisão da solicitação (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA, GOMES, 2012).

Uma vez que a realização dos exames, no caso da ressonância nuclear magnética e tomografia computadorizada, ultrapassa o dobro do quantitativo preconizado nos parâmetros ministeriais, o que provavelmente onera as despesas em saúde da região metropolitana e de todo Estado, faz-se necessário uma ação conjunta entre gestores Estadual e municipal, no sentido de ordenar os fluxos de acesso aos serviços de saúde, buscando a resolução de pelo menos 70% dos problemas de saúde na atenção primária, de forma articulada e regulada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O estudo de Lemões *et al* (2013), aponta a existência de gargalos assistenciais a envolver as consultas com especialidades médicas e exames de média e alta complexidade tecnológica, podendo expressar a grande dificuldade enfrentada pelos municípios em contratualizar e desenvolver sua rede de serviços ofertados pelo SUS, resultando em maior tempo de espera dos usuários pelas consultas necessárias, possível agravamento de suas patologias e internações, e mais ônus ao sistema público de saúde.

• ***Dificuldade em encaminhar paciente para tratar em outro Estado***

Há casos de encaminhamento para fora do Estado, nessas situações, os gestores (16 citações/2.6%) relatam dificuldades quanto a pactuações com outros Estados, bem como ajuda de custo e pagamento de diárias que costumam atrasar.

“Se às vezes aqui em Belém, já demora a consulta, imagina fora do estado, e se não tiver tudo regularizado, agendado para o dia e horário, você não tem como mandar o paciente para fora do estado, onde ele não tem um familiar, não tem a sua casa...” (G14)

“Outra coisa nós não estamos fazendo pactuações para fora do estado, isso impede um pouco que nós estejamos enviando pacientes para fora do estado...” (G17)

“...a maiorias das vezes que a gente solicita agendamento para fora do estado, a resposta que temos, é que tem que passar pela regulação, tudo tem que ser regularizado, e aí quando você, vai mandar para a regulação, a resposta que nós temos é que não tem vaga...” (G18)

Evidência apontada nos estudos de Viegas e Penna (2013), referem a demora para se conseguir efetuar a referência às especialidades e o grande número de encaminhamentos para Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Há destaque para a importância do TFD, quando se verifica que muitos usuários do SUS não possuem condições financeiras para deslocarem-se dos municípios de suas residências, em razão de não encontrarem mais ali, possibilidades para o tratamento adequado para a conservação ou promoção de sua saúde. Visto dessa forma, o TFD, em muitos casos, pode significar até mesmo a sobrevivência de muitos cidadãos (AZEVEDO, 2016).

Os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade remetem a uma lógica de direito e de trâmite livre na rede de atenção à saúde mediante as necessidades dos usuários. Porém, essa lógica, muitas vezes, vai de encontro às condições estabelecidas pela gestão para a assistência e setores de regulação (VIEGAS, PENNA, 2013).

### **Categoria Gestor. Subcategoria: Fatores Facilitadores da Regulação**

O quadro 9 apresenta as possibilidades mais presentes e significativas expressas nas narrativas dos gestores: melhoria na atenção primária à saúde; incremento de recursos financeiros à saúde; reestruturação e reorganização dos procedimentos internos de regulação; e ampliação da capacidade de conhecer a realidade do usuário do SUS.

Quadro 9 – Fatores Facilitadores da Regulação segundo Gestores, Região Metropolitana I, Pará, 2018.

<b>Subcategoria: Fatores Facilitadores</b>	<b>Índice Absoluto</b>	<b>Índice Relativo</b>
<b>Melhoria na atenção primária à saúde</b>	<b>57</b>	<b>9.3</b>
<b>Incremento de recursos financeiros à saúde</b>	<b>33</b>	<b>5.3</b>
<b>Reestruturação / reorganização dos procedimentos internos de regulação</b>	<b>14</b>	<b>2.3</b>
<b>Ampliação da capacidade de conhecer a realidade do usuário do SUS</b>	<b>10</b>	<b>1.6</b>

Fonte: Produção da Autora, 2018.

#### **• *Melhoria na Atenção Primária e Incrementos de recursos financeiros à saúde.***

A melhoria na atenção primária, recebe 57 citações (9.3%), com colocações voltadas à falta de especialistas na rede de atenção primária, muitas vezes faltando as clínicas básicas de ginecologia e pediatria, e baixa resolutividade, que repercutem em encaminhamentos considerados desnecessários à regulação, e a

responsabilidade e compromisso em atender os usuários no sentido de dar resposta mais fidedigna aos seus problemas de saúde.

“A atenção básica tem o papel dela de atender o paciente, de estar mais perto, de ser mais responsável por ele” (G2)

“... porque tem unidade que não tem pediatria, que é o que deveria ter, não tem um ginecologista que deveria ter...” (G3)

“Para melhorar o trabalho deveriam melhorar a ponta” (G4)

“... a resolutividade tem que ser na unidade básica de saúde.” (G5)

“... tem estado que você anda, que você vê, a atenção básica ela funciona, assim de uma maneira exemplar, porque tudo começa na atenção básica.” (G8)

“Eu acho que se você melhorar na atenção básica, o paciente não vai chegar na especializada.” (G12)

Os incrementos de recursos financeiros como segunda possibilidade é mencionado em 33 das narrativas (5.3%).

“Eu acho que tem que ser dada mais atenção quanto à parte financeira da saúde...” (G5)

“Pro serviço realmente ter uma melhora significativa, eu acho que a rediscussão da PPI que é pactuação programada integrada, entre municípios” (G6)

“Eu acho que tem que ser dada mais atenção quanto à parte financeira da saúde, infelizmente a gente sabe a situação que está ocorrendo no Brasil, e se essa verba não for repassada, a gente não vai conseguir.” (G10)

“O sistema é único, tem todos os princípios e diretrizes bem escritos, mas essa compensação financeira é necessária” (G14)

“Acho que se houvesse um recurso maior para contratar mais médicos, até para nossa unidade, porque tem unidade que não tem pediatra nem ginecologista, que são os postos da ponta” (G17)

Autores como Rizzoto, Gil, Carvalho, Fonseca, Santos (2014); Pinto, Sousa e Ferla (2014); Teixeira, Casanova, Oliveira, Ensgtrom, Bodstein (2014), apresentam estudos sobre o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), proposto pelo governo federal em 2011, através da Portaria GM/MS 1.654.

O PMAQ-AB, tem o objetivo de incentivar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade, de maneira

a permitir maior transparência e efetividade das ações de governo direcionadas a este nível de atenção. Compreende quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. (RIZZOTO, GIL, CARVALHO, FONSECA, SANTOS, 2014).

Para Pinto, Sousa e Ferla (2014), as alternativas de reconstrução e valorização da atenção primária, engloba: Programa de Requalificação das UBS; Criação do novo Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB); Estratégia e-SUS Atenção Básica; Programa Telessaúde Brasil Redes; PMAQ-AB e PNAB; Reestruturação do Programa Saúde na Escola; Programa Academia da Saúde; Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Política de Educação Permanente do SUS para os profissionais da atenção primária; Plano Nacional de Educação Médica; Programas de Valorização e Atenção Básica e o Programa Mais Médicos.

Há autores com visão otimista em relação a essa questão, a exemplo, em relação ao Programa Mais Médicos (PMM). Referem que há de se consolidar no país enquanto política social, mesmo com os discursos fervorosos da mídia em influenciar a opinião pública. Afirmam,

o PMM completará outros aniversários, auspiciando-se, assim, um melhor dimensionamento dessa política social, bem como subsidiando a decodificação das intencionalidades a partir da análise dos conteúdos expostos por parte de diferentes agentes que se utilizam da rede mundial de computadores como estratégia de persuasão e difusão dos seus interesses (CAETANO, VARGAS, MOURA, 2017, p. 352)

Ressalta-se que a atenção básica em saúde constitui uma grande possibilidade de apresentar respostas efetivas, pelo menos, para 80% dos problemas mais comuns de saúde da população. Nesse sentido, a Região Metropolitana I, têm feito adesão às estratégias diversas, tais como: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Academia da Saúde e Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Quatro dos cinco municípios da região Metropolitana I, solicitaram adesão ao Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, no componente

“reforma”, sendo que o município de Benevides fez adesão para “ampliação” de cinco unidades de saúde.

Convém ressaltar que várias mudanças estão ocorrendo após a ascensão do novo governo presidencial em 2019 e não se sabe ao certo a permanência dessas estratégias de reconstrução e valorização da atenção primária elencadas acima.

• **Reestruturação e reorganização dos procedimentos internos de regulação**

É o terceiro anseio possível, expresso em 14 citações (2.3%).

“Tu não podes fazer nada fora sem ser organizado, a regulação até hoje, eu vejo como o coração de toda uma gestão ...” (G3)

“É acima de tudo garantir a estruturação da regulação, é possibilitar nessa estrutura o recebimento das demandas, tanto da capital quanto do interior, é descentralizar o acesso para agendamento de Belém e dos municípios pactuados para consultas e exames...” (G8)

“Porque com a regulação, a gente tem como controlar os leitos disponibilizados à rede pública, o atendimento ao usuário, acho que é de fundamental importância na organização do serviço” (G9)

O sucesso das centrais de regulação, que tem a pretensão de serem protagonistas no processo, depende de uma construção coletiva, e seus pontos de fortalecimento consistem no estabelecimento de parcerias com os prestadores, a fim de assegurar um melhor acesso e o gerenciamento da rede de atenção (GOLDWASSER, *et al.*, 2018).

A ausência de regulação e de fluxos formais na atenção à saúde, constitui importante entrave à garantia de cuidado integral, tornando incompleto o processo de integração da rede. A insuficiência na oferta de atenção especializada, agravada pela pouca integração entre prestadores estaduais e municipais, também se reflete nas dificuldades para agendamento de procedimentos especializados (ALMEIDA, *et al.*, 2010).

Em estudo realizado em Diadema/SP, intitulado “De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso

ambulatorial”, os médicos pontuam sua percepção, enquanto reguladores, percebem a Central de Regulação Ambulatorial, como,

importante observatório da rede de atenção à saúde, capaz de produzir informações para subsidiar a tomada de decisão na gestão, como a necessidade de novas contratações, os processos educacionais em saúde necessários para a capacitação/atualização da rede assistencial, as necessidades e agravos da saúde da população para análises epidemiológicas, ou ainda, como fonte de feedback para a avaliação do trabalho do próprio profissional e da UBS (ALBIERI, CECÍLIO, 2015, p. 191).

Há necessidade de reestruturação dos procedimentos de regulação para garantir acesso e equidade, e tornar a rede de saúde resolutive e humanizada, constituindo-se como potência da estratégia em consolidar-se como observatório do sistema, e, deste modo, ser um fomentador da avaliação para a tomada de decisão (FERREIRA, MISHIMA, SANTOS, FORSTER, FERRAZ, 2010).

• ***Ampliação da capacidade de conhecer a realidade do usuário que utiliza o SUS.***

Há necessidade de ampliar a capacidade de conhecer a realidade do usuário que utiliza o SUS, possibilidade expressa em 10 das narrativas (1.6%).

“A regulação tem que conhecer toda a rede de extensão da saúde e a partir disso, vê de que forma vai oferecer esses serviços, aos nossos usuários a partir da demanda da atenção primária...” (G5)

“...a gente precisa ter esse conhecimento das ferramentas, os sistemas que vão sendo trabalhados...” (G6)

“... o principal de tudo é dominar o conhecimento, porque eu acredito, que quando você detém o conhecimento você domina a situação...” (G13)

Santos e Merhy (2006), destacam que os principais instrumentos da regulação pública são financiamento, a definição de rede prestadora, os contratos e os cadastros de unidades prestadoras, a programação assistencial, as AIHs e APACs, as bases de dados nacionais, as centrais de regulação informatizadas, monitoramento das ações de atenção à saúde, avaliação, dentre outros.

Esses instrumentos são importantes e se constituem desafios na implementação da regulação pública, que de forma séria e comprometida com os direitos sociais poderão garantir a reestruturação e reorganização dos procedimentos de regulação e ampliação da capacidade de conhecer a realidade do usuário que utiliza o SUS.

Reforça-se a necessidade de ampliar os mecanismos regulatórios em razão do SUS dispor de recursos limitados, sendo necessários critérios para priorização do acesso do usuário, em relação à oferta de ações e serviços de saúde em proporção às diferentes necessidades (Albuquerque, *et al.*, 2013).

### **Categoria Profissionais de Regulação: Fatores Limitantes da Regulação**

O quadro 10 aponta na análise dos enunciados evidências em cinco subcategorias de fatores limitantes: cadastros incorretamente preenchidos; controle de leitos hospitalares disponibilizados ao SUS; aumento da demanda reprimida de procedimentos eletivos; problemas nos fluxos de informações entre a atenção primária e a regulação; e demora no pagamento de diárias à demanda do Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

Quadro 10 – Fatores Limitantes, segundo Profissionais de Regulação, Região Metropolitana I, Pará, 2018.

<b>Subcategoria: Fatores Limitantes</b>	<b>Índice Absoluto</b>	<b>Índice Relativo</b>
<b>Cadastros incorretamente preenchidos</b>	<b>34</b>	<b>21.1</b>
<b>Controle de leitos hospitalares disponibilizados ao SUS</b>	<b>32</b>	<b>19.9</b>
<b>Aumento da demanda reprimida de procedimentos eletivos</b>	<b>17</b>	<b>10.6</b>
<b>Problemas no fluxo de informações entre a atenção primária e a regulação</b>	<b>13</b>	<b>8.1</b>
<b>Demora no pagamento de diárias à demanda do TFD</b>	<b>11</b>	<b>6.8</b>

Fonte: Produção da Autora, 2018.

• **Cadastros incorretamente preenchidos**

Os cadastros incorretos surgem como o primeiro limitante em 34 narrativas (21.1%).

“...cancela cadastros que a gente vê que não são cadastros corretos né, não são cadastros fidedignos...” (PR10)

“...muito problemas assim das unidades solicitantes a questão de cadastros mal feitos porque a gente perde muito tempo quando o cadastro chega aqui conosco, com cadastro mal feito, mal preenchido...” (PR15)

“... falta de resultado de exames, principalmente resultado de exame que eles não colocam...” (PR18)

“A única coisa que leva a central, a não atender paciente, além de cadastro mal feitos né, diga-se de passagem, que nós nos deparamos com muitos cadastros mal feitos é que infelizmente, isso acaba fazendo com que a central negue ou devolva a solicitação...” (PR17)

Informações incompletas acerca da condição clínica do paciente referenciado, foram apontadas como o problema mais prejudicial na ação regulatória, uma vez que dificultam o processo de análise do encaminhamento, bem como impedem a identificação de condições que poderiam ser resolvidas no nível primário, além de desfavorecerem avaliação do potencial resolutivo da rede de atenção à saúde (FERREIRA, *et al*, 2010; SILVEIRA, *et al*, 2018).

Uma solicitação bem referenciada, necessita ter uma justificativa clara para que a mesma seja consumada e, além disso, deve seguir um protocolo clínico que justifique a sua importância (PINTO, CARNEIRO, 2012).

Faz-se necessário melhor organizar o fluxo assistencial, assegurando assistência aos usuários em todos os níveis da rede de atenção à saúde, de modo a impactar nos indicadores de saúde mais sofríveis de cada território.

• **Controle de Leitos hospitalares disponibilizados ao SUS**

O segundo grande nó, expresso em 32 citações (19.9%) dos atores pesquisados, foi a dificuldade de controlar e viabilizar a quantidade de leitos disponibilizados aos pacientes do SUS, conforme narrativas abaixo.

“...a regulação nada mais é do que uma triagem, triagem de leitos, a regulação é fundamental para que a gente consiga tirar um paciente que tá precisando e que esse paciente vá para o leito certo...” (PR9)

“...fazer atendimento telefônico na unidade, busca ativa de leitos por telefone porque a gente faz supervisão no hospital, vai leito por leito pra saber qual está disponível, qual está ocupado, qual tem previsão de alta...” (PR15)

“Nós temos entraves muitas vezes temos muitas dificuldades com leitos destinados aos renais crônicos.” (PR13)

“...e assim é a carência de leito, querendo ou não, é absurda...” (PR4)

Em Belém, há profissionais de enfermagem que se revezam entre a central de internação e a supervisão nos hospitais na busca de leitos. Em outros municípios não há supervisão hospitalar de enfermeiros e a situação fica ainda mais difícil. Os hospitais públicos de maior complexidade na maioria das vezes, estão com seus leitos ocupados e os hospitais privados credenciados ao SUS, precisam administrar seus leitos entre planos, convênios e particulares.

Algumas falas relatam que o quantitativo de leitos existente em Belém, daria para suprir a necessidade de seus municípios, no entanto, a pactuação permite que habitantes de outros municípios se desloquem a Belém para dar continuidade às suas demandas de saúde. A situação se agrava quando há diferenças na resolutividade ofertada, pois hospitais de pequeno porte que são em grande número em todos os municípios pesquisados, dificilmente conseguem dar cobertura a procedimentos de maior complexidade.

Ferreira e colaboradores (2010) afirmam que é imprescindível a inserção de toda a oferta própria e complementar numa central de regulação para se viabilizar o gerenciamento e o controle da oferta, afim de obter o acompanhamento da execução dos procedimentos em tempo hábil. Fica comprometida, a garantia da melhor e oportuna resposta aos problemas dos usuários, sem esse mecanismo regulatório.

#### • ***Aumento da demanda reprimida de procedimentos eletivos***

O aumento da demanda (reprimida), em especial a de cirurgias eletivas, é evidenciada em 17 citações (10.6%).

“...a gente pega mais demanda cirúrgica de especialista.” (PR5)

“...a gente está com uma demanda muito grande, não pode ofertar pra todos.” (PR3)

“.. tem 73 pacientes aptos a fazer transplante no município e tem 500 na fila.” (PR6)

“... é a falta de leitos então nós temos uma demanda muito alta pra uma quantidade de leitos reduzidos, então que a gente tem que crivar, muitas vezes, não é justo...” (PR7)

“...a gente tem que saber quais as nossas prioridades, porque a gente tem uma demanda muito alta de paciente, então essa verificação não é feita somente a olho nu, a verificação do cadastro a gente liga para as unidades olha se está realmente grave...” (PR8)

De acordo com a Portaria nº 1.919 (MS), procedimento eletivo é todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência, devendo ser realizadas no prazo máximo de 180 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, 2015).

Estudo revela que a demanda reprimida por cirurgia eletiva no país, é causada principalmente pela defasagem na tabela de valores de procedimentos do SUS, que não cobrem os reais valores do atendimento. Dentre os procedimentos eletivos com maior número de demanda estão as cirurgias de cataratas, hérnias, vesícula, varizes e amígdalas, que concentram quase metade dos pedidos da fila de espera (NASCIMENTO, 2018).

O sacrificante tempo de espera de cirurgias eletivas, constitui-se em problema de gestão em seus diferentes níveis de complexidade, tanto pela incapacidade em suprir a demanda como pela deficiente integração das redes de assistência (GIAMBERARDINO FILHO (2017).

Estudos como os de Albuquerque, Lima, Costa, Melo Filho (2013), revelam que vários aspectos reforçam que as centrais de regulação, pouco contribuem para impactar no acesso de usuários aos procedimentos de média complexidade de responsabilidade municipal, atribuindo a esse descaminho, a atuação centralizadora da gestão estadual que dificulta muitas vezes, a autonomia municipal.

É importante observar, que ora o processo regulatório deve ser mantido para garantir o atendimento, ora deve ser erradicado por atrapalhar os fluxos e burocratizar o sistema de saúde. A decisão precisará ser tomada e assumido para garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde.

• ***Problemas no fluxo de informações entre a atenção primária e a regulação***

O quarto limitante diz respeito aos fluxos de informação entre atenção primária e a regulação, sendo encontrado em 13 citações (8.1%), como atesta a seguir.

“...isso acaba fazendo com que a central negue ou devolva a solicitação para que sejam acrescentadas novas informações...” PR9)

“a gente precisa de alguma informação, porque assim quando o paciente tá no sistema que eu preciso de alguma informação...” (PR11)

“...agora eu vejo uma carência muito grande na atenção básica de informação tanto da parte do médico que não tem informação, da parte do enfermeiro que não tem informação...” (PR12)

“A questão da comunicação, do retorno imediato, nem que seja por telefone, por e-mail, a gente precisa de informações e estar sempre em comunicação com eles e eles conosco.” (PR13)

A ausência de comunicação entre os serviços e/ou profissionais que compõem a atenção primária e a atenção especializada do município exercida nas centrais de regulação, é um aspecto que atua diretamente como inibidor do acesso e, conseqüentemente, aponta para a fragilidade na constituição da rede assistencial. Os profissionais dificilmente se reúnem e a comunicação, quando existe, acontece de forma incipiente (SOUSA, MEDEIROS, GURGEL JUNIOR, ALBUQUERQUE, 2014).

Assim, a implementação de uma lógica de planejamento integrado para conformar sistemas funcionais de saúde, dotados de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento, poderia contribuir para a garantia do acesso dos usuários às ações e serviços de diferentes níveis assistenciais necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (ROSA, BERSUSA, MONDINI, SALDIVA, NASCIMENTO, VENÂNCIO, 2009).

A integração entre atenção primária e especializada deve ser encarada como uma medida estratégica para enfrentar diversos desafios do setor de regulação, sobretudo por parte dos gestores e políticos. Os desafios indiretos (nível mais político do que técnico) podem ser melhor enfrentados se a regulação apresentar consideráveis avanços nos desafios diretos (nível mais técnico do que político). Isso vai exigir do setor habilidades no planejamento e execução de um plano estratégico para subsidiar o nível político com maior precisão (ALBUQUERQUE, *et al*, 2013; ALMEIDA, GÉRVAS, FREIRE, GIOVANELLA, 2013; CAVALCANTI, *et al*, 2018).

- ***Demora no pagamento de diárias***

Enfim, o quinto entrave indica a dificuldade no pagamento das diárias nos procedimentos e internações, relatados em 11 citações (6.8%).

“A questão da organização em relação ao pagamento das diárias que demora um pouco.” (PR9)

“...às vezes ocorre atrasos no pagamento de diárias aos pacientes do TFD. Às vezes o paciente viaja, volta e não recebe as diárias, entendeu?” (PR19)

“A partir do momento de internação acaba as diárias do paciente, se o acompanhante está na casa de apoio ele ajuda, faz um feijão, arroz, é como se fosse uma coisa comunitária...” (PR17)

“O pagamento de diárias sai daqui, ainda vai pro controle interno, pra contabilidade, pra ir pro financeiro pra poder ser pago. Entendeu? Por conta desse trâmite, ele acaba demorando um pouquinho.” (PR21)

Barbosa e colaboradores (2010) destacam em seu estudo que 75% dos entrevistados relataram um atraso significativo no pagamento do benefício. Isso ratifica que a verba destinada ao programa não tem sido suficiente para o seu funcionamento efetivo, o que preocupa, uma vez que contraria os princípios do SUS e fere os direitos dos cidadãos.

### **Categoria Profissionais de Regulação: Fatores Facilitadores da Regulação**

O quadro 11 apresenta como fatores facilitadores: atendimento das necessidades dos usuários, treinamento/ capacitação/ formação em saúde, e fortalecimento da atenção primária.

Quadro 11 – Fatores Facilitadores da Regulação, segundo Profissionais de Regulação, Região Metropolitana I, Pará, 2018.

<b>Subcategoria: Fatores Facilitadores</b>	<b>Índice Absoluto</b>	<b>Índice Relativo</b>
<b>Atendimento das necessidades dos usuários</b>	<b>102</b>	<b>63.4</b>
<b>Treinamento/capacitação/formação em saúde</b>	<b>56</b>	<b>34.8</b>
<b>Fortalecimento da atenção básica</b>	<b>20</b>	<b>12.4</b>

Fonte: Produção da Autora, 2018.

#### **• *Atendimento das necessidades dos usuários***

É indicado como primeiro facilitador para a subcategoria investigada, para a qual encontram-se 102 citações (63.4%).

“...eles têm várias patologias de base, eles são uma bombinha relógio, de uma hora pra outra um enfarta na máquina, precisa internar, então a gente tem que tentar dar esse apoio...” (PR5)

“...a gente teria como analisar melhor o real quadro clínico daquele paciente e nós teríamos como realmente triar da forma mais correta...” (PR14)

“...a gente procura verificar o perfil do paciente pra tá encaminhando diretamente pro hospital que atenda às necessidades dele” (PR18)

Sousa e colaboradores (2014) afirmam que a demora no agendamento, a baixa oferta de consultas especializadas e exames complementares nos serviços de referência, bem como a distância entre a localização desses serviços e a moradia dos usuários são alguns dos aspectos que restringem o acesso dessa população à rede de serviços de saúde.

O uso de critérios para priorização do acesso, mesmo nos casos que exigem atendimento imediato, constitui prática alternativa dos reguladores, ou seja, a prática possível diante do cenário de insuficiências diversificadas, que gera nas equipes

técnicas das centrais uma angústia diária, ao ser responsável pelas escolhas dos acolhidos pelos poucos recursos (GAWRYSZEWSKI, OLIVEIRA, GOMES, 2012).

• **Treinamento/capacitação/formação em saúde**

As 56 citações (34.8%), expressam a necessidade da formação em saúde.

“..., porque existem várias situações que ocorrem aqui que às vezes a gente não tem uma coisa definida, às vezes fica muito no achismo, não existe algo escrito que me diga, você tem que utilizar essa ferramenta...” (PR9)

“...eu acho que poderia ter mais treinamento, mais protocolos, eu acho os protocolos fundamentais porque amparam o fazer do profissional...” (PR6)

“...a gente tem que saber quais as nossas prioridades, porque a gente tem uma demanda muito alta...” (PR22)

“...a gente tem que trabalhar multidisciplinarmente... eu pergunto olha é paciente UTI? quais são os resultados de exames? tem exames? tem tomografia? tem ressonância?...” (PR20)

No estudo de Rizzoto e colaboradores (2014), a maioria dos entrevistados afirmou a baixa resolutividade das ações de capacitação e educação permanente com pouco retorno à melhoria das suas necessidades de trabalho, assim como a quase total ausência de acesso às novas ferramentas educacionais para a atualização, como o telessaúde, ensino à distância, entre outras.

Faz-se a defesa da educação permanente em serviço, que constitui-se em espaços para a identificação de necessidades e construção de estratégias e de políticas no campo da formação e desenvolvimento, na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no SUS (MICCAS, BATISTA, 2014).

Nesse sentido, as instituições de saúde precisam implementar projetos de educação permanente, oportunamente articulados com instituições formadoras de recursos humanos. Tais projetos podem acontecer em qualquer lugar, em qualquer horário, com desenvolvimento das competências, foco nas mudanças para melhorias e com a participação de todos os atores envolvidos, inclusive gestores, pautado na construção de conhecimentos de forma horizontal e interdisciplinar (SARRETA, 2009).

• **Fortalecimento da Atenção Primária**

Apresentada (20 citações, 12.4%), os profissionais reguladores clamam pelo fortalecimento da atenção primária, conforme expressam os relatos abaixo.

“...se resolver a atenção básica, muita coisa vai melhorar.” (PR8)

“...porque a atenção básica daria conta de 90% dos casos...” (PR12)

“Deveria ter resolutividade na atenção primária...” (PR13)

“é importante que haja o fortalecimento da atenção básica, porque se não tiver essa fila e esse fluxo não vão diminuir” (PR14)

“...eu vejo uma carência muito grande na atenção básica de informação tanto da parte do médico, enfermeiro, que não tem informação, e a falta de uma atenção básica voltada para o cuidado domiciliar...” (TR19)

As fragilidades elencadas pelo estudo na Metropolitana I de Belém, do Ministério da Saúde (2012), vão ao encontro da pesquisa em tela sobre regulação, quando aponta: ausência de protocolos: clínicos, terapêuticos; deficiência no acolhimento dos usuários; dificuldade de implementar a educação permanente; fragilidade na atenção primária; dificuldades dos sistemas de informação em saúde para a tomada de decisão, dentre outros.

Vislumbra-se no PMAQ-AB, a qualificação na direção de melhoria dos resultados das ações ofertadas na atenção primária à saúde. Apesar de enfrentar limitações e dificuldades, especialmente de gestores e trabalhadores, que conferem ao Programa um caráter meramente punitivo e de compensação financeira, reforçando seu caráter desarticulado do cenário real de práticas na atenção primária.

O PMAQ propõe em seus principais objetivos que haja mudanças nas práticas dos gestores e profissionais da atenção primária, para que ocorra a melhoria do acesso da qualidade na rede de atenção à saúde (SOSSAI, GALAVOTE, VIEIRA, FREITAS, LIMA, 2017).

Um outro destaque se faz as redes de atenção à saúde, que se desenvolvem com base em um conjunto de elementos: o centro comunicador (atenção primária em saúde); os pontos de atenção secundários e terciários (serviços especializados); os sistemas de apoio (diagnósticos e terapêuticos, dentre

outros); os sistemas logísticos (cartão do usuário e outros); e o sistema de governança (BARBOSA DVS, BARBOSA NB, NAJBERG, 2016).

Esse sistema tem como ponto sensível de seu desenvolvimento os centros reguladores, que 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 e acesso aos serviços de saúde.

## **6. CONCLUSÃO**

A maioria dos gestores e profissionais de regulação são mulheres, com idade média de 39 anos, nascidas em Belém, com mais de 15 anos de estudo percebendo até 2 salários mínimos, independentes do cargo e do grau de escolaridade.

O destaque se faz aos auxiliares administrativos, que ocupam as funções de profissionais de regulação e encontram-se em maior número. Articulados com os gestores, detêm as decisões e encaminhamentos de autorizações dos procedimentos e gestão do sistema de regulação.

Há dificuldade em concentrar profissionais de nível superior para executar as tarefas de reguladores de procedimentos de média e alta complexidade do SUS. Muitos deles, são encontrados como gestores ou na assistência na rede ambulatorial e/ou hospitalar. Outros, acumulam tarefas de reguladores e assistência, na rede de saúde, em diferentes municípios, devido sua proximidade.

Acredita-se que os salários pouco atrativos pagos pelas secretarias municipais, têm colaborado com essas situações, pois o estudo comprovou que não há diferença salarial significativa, ficando na faixa de 2 salários mínimos.

Outro ponto de destaque no perfil dos pesquisados, refere-se ao vínculo empregatício, pois há presença de maior número de efetivos entre profissionais de regulação, havendo grande flutuação entre gestores, a depender da mudança de governo municipal, por representarem cargo de confiança e precisarem garantir a governabilidade da gestão.

Inferese-se que a não estabilidade dessa categoria dificulta a construção de um trabalho sólido voltado à qualidade da atenção em saúde, e, um processo regulatório realmente eficaz, com respostas positivas às demandas populacionais.

Os fatores limitativos do processo regulatório entre gestores e profissionais de regulação, convergiram nos aspectos relativos:

- À grande demanda de usuários/pacientes à espera por consultas, exames especializados e leitos, envolvendo também usuários que necessitam de procedimentos eletivos e de TFD. Acredita-se que esse quadro poderia ser abrandado com uma rede de saúde resolutiva menos curativista e mais pautada na atenção primária, privilegiando a promoção, prevenção e proteção da saúde. A reversão da lógica biologicista, altamente lucrativa ao mercado e cara ao usuário do SUS, necessita ser reavaliada. Este olhar é compartilhado por muitos teóricos da área da saúde coletiva.

- Falhas nos critérios de encaminhamentos da atenção primária à regulação, que correspondem às solicitações de procedimentos incompletas, ilegíveis, sem exames comprobatórios, que não refletem o estado real de saúde do usuário. Nesse sentido há necessidade de educação permanente de servidores da atenção primária e dos serviços de regulação. Os projetos de educação permanente, necessitariam articulação com instituições formadoras de recursos humanos. Tais projetos podem acontecer em qualquer lugar e horário, com desenvolvimento das competências, foco nas mudanças para melhorias e com a participação de gestores, formadores, trabalhadores da saúde e pessoas envolvidas no controle social.

- Indisponibilidade de leitos ao SUS, que aponta uma competição entre os usuários do sistema público, de planos de saúde e particulares. Nesse sentido, é necessário a responsabilização de prestadores com os serviços credenciados ao SUS, que participaram de um processo licitatório, e através de um contrato firmado entre as partes necessitam cumprir o que lhes compete.

Em relação ao vislumbre de possibilidades chamadas no estudo como fatores facilitadores no sentido de potencializar o processo regulatório, pode-se destacar como ponto em comum nas falas de gestores e profissionais de regulação, o fortalecimento da atenção primária à saúde, na garantia do atendimento das necessidades dos usuários do SUS. Houve destaque ao Programa Nacional de

Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Academia da Saúde e Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), dentre outras estratégias criadas em nível ministerial.

Observou no estudo que as fragilidades que barram o processo regulatório são muito grandes. Os complexos e centrais de regulação instituídos nos municípios de Belém, Ananindeua, Marituba e Benevides, têm funcionado dentro de limitações. As dificuldades em operacionalizar o processo regulatório estão presentes e são evidentes nas falas dos pesquisados.

Muitos autores que estudam o processo de construção e fortalecimento do SUS apontam a necessidade da regulação na saúde e a defesa de estruturas reguladoras. Mas também se posicionam a favor da desospitalização e do incremento assistencial e financeiro da atenção primária permitindo a ela resolver os problemas de saúde da população, de forma qualificada.

Essa questão é complexa, mais pertinente. Se a população conseguisse resolver suas situações de saúde no nível da promoção e prevenção, necessitaria recorrer menos aos serviços de maior complexidade na saúde. Mas para isso necessitaria de melhores condições de vida, saneamento básico, salários que lhes permitissem viver com dignidade.

As estruturas de regulação criadas convivem com recursos insuficientes, pactuações incondizentes com a realidade dos municípios do norte do país, considerando a desigualdade regional brasileira. Algumas estratégias ministeriais foram criadas para reforçar o processo regulatório e possibilitar o acesso da população, mas muitas vezes, ficam só na legislação, não sendo operacionalizadas. A legislação do SUS é forte, mas as ações de saúde no nível regulatório, são ainda tímidas e pouco expressivas.

A discussão do Estado regulador veio com o propósito de ampliar o debate sobre a regulação em saúde. Sua concepção ideológica de conduzir a saúde no país precisaria ser clarificada num diálogo profundo desde a reforma sanitária até os dias atuais. Seriam oportunos estudos com consulta a teóricos da área de Humanidades que poderiam proporcionar o aprofundamento desse diálogo. Eis uma limitação da tese.

O Estado Regulador na saúde se instituiu de fato no Brasil na década de 90, mas veio atrelado à política neoliberal, ou seja, ao Estado mínimo, cuja função básica foi desenvolver o papel regulador na saúde e em outros setores. Nesse cenário, o Brasil passa a apresentar grandes contradições e desafios na compreensão do público/privado e na regulação em saúde.

Há reconhecimento da necessidade de forte componente regulador por parte do Estado na garantia do acesso qualificado de saúde à população, sendo um dos maiores desafios compreender a multiplicidade de cenários, sujeitos e interesses, e de implementar estratégias baseadas em marco regulatório centrado no usuário que necessita dos serviços de saúde.

Percebe-se que encontram-se em disputa dois projetos sociais na área do SUS: um respaldado na reforma sanitária (contra hegemônico) que atribui ao Estado democrático de direito a responsabilidade e o dever de dar respostas às demandas sociais, e o outro, baseado na concepção da democracia restrita, que restringe os direitos sociais e políticos com a concepção de Estado mínimo neoliberal (hegemônico).

Acredita-se que um Estado realmente regulador, definidor de alvos a serem alcançados em favor do cidadão, necessita caminhar na defesa da reforma sanitária, que precisa estar adequada e inserida nos cenários do mercado existentes.

Há o fortalecimento da atenção primária, como grande centro comunicador nas redes de atenção à saúde, que tem o processo regulatório como primordial, no sentido de produzir dados e informações sobre os diversos problemas de saúde de uma dada população.

Ressalta-se que é necessário manter a defesa da regulação, no processo organizacional da saúde, pois seu foco de convergência é o acesso qualificado do usuário que busca os serviços de saúde no SUS e obtém resposta satisfatória para suas necessidades de saúde.

No entanto, convém destacar que muitas vezes o Estado, como principal agente regulador, também tem dificuldade diante de outros diversos interesses existentes.

A regulação necessita de posicionamento político fundamental, que caminhe na direção da conscientização de que ações regulatórias trazem um ganho expressivo para o SUS, pois reforçam e qualificam as funções de gestão e, acima de tudo podem proporcionar aos cidadãos usuários do sistema, acesso qualificado aos serviços de saúde ofertados.

## REFERÊNCIAS

1. Aguiar ZN. SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.
2. Albieri FAO, Cecilio LCO. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. Saúde debate. 2015;39(spe):184-95.
3. Albuquerque MS, Lima LP (in memorian), Costa AM, Filho DAMSV. Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. Saúde e Sociedade. 2013;22(1):223-36.
4. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cadernos de Saúde Pública. 2010;26:286-98.
5. Almeida PF, Gérvas J, Freire J, Giovanella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. Saúde em Debate. Rio de Janeiro. 2013;37(98):400-415.
6. Alves M, Penna CMM, Brito MJM. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. Rev Bras Enferm. 2004;57(4):441-6.
7. Andrade SR, Meirelles BHS, Lanzoni GMM. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. O Mundo da saúde, 2011;35(4):373-81.
8. Araújo ANSM. Articulação entre o conceito de governança e as funções de planejamento e controle na gestão de políticas públicas. III Congresso Consad de Gestão Pública; 2010; Brasília.
9. Ardosso IM. "Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições. Saúde Soc. 2012;21(supl.1):18-28.
10. Ayres M, Ayres JR, Ayres DL, Santos AA. BioEstat 5.3: Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas. 5. ed. Belém-PA: Publicações Avulsas do Mamirauá, 2007.
11. Azevêdo SR. O Programa de Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde no Piauí. HOLOS. 2016;2:402-13.
12. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. Cad Saude Publica. 2011;27(2):295-304.

13. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. *Cad saúde colet* 2016;24(1):49-54.
14. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação médica do fluxo das urgências: análise do complexo regulador de Goiânia. *INTERFACE*. 2014;11(1).
15. Barbosa HHMM, Santos ALM, Cruz RAP, Borges RGL, Rodrigues Neto TS. Perfil dos pacientes atendidos pelo programa Tratamento Fora de Domicílio no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*. 2010;1(3):43-7.
16. Bastos DAS. Gestão de conflitos e combate às manifestações de violência em escolas públicas de Barcarena-Pará-Brasil. 2016. 296f. Tese (Doutorado). Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro. Departamento de Gestão. Vila Real. Portugal, 2016.
17. Berretta IQ, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Cad Saude Publica* 2011;27(11):2143-54.
18. Bispo Júnior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017; 33.
19. Bonfada D, *et al.* A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro.2012;17(2), 555-60.
20. Bonato, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 2011;35(5), 319-31.
21. Brasil. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
22. 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, 20 set. 1990; Seção 1.
23. Brasil. Lei 8142 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* 1990; dez 31.
24. Brasil. Lei 9656 de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. *Diário Oficial da União* 1998; jun 4
25. Brasil. Lei n. 9782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 1999.
26. Brasil. Lei n. 9961 de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. 2000.
27. Brait BB. Alguns pilares da arquitetura bakhtinianas. *Bakhtin: conceitos chave*. 2.ed. São Paulo: Contexto, 2005.
28. Brasil, I. B. G. E. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010.

29. Brasil. Conselho Nacional de Saúde). Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012 [publicação online]. [cited 2019 jan 10]. Available from: [http://www.conselho.saude.gov.br/Web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/conep/index.html)
30. Brasil, I.B.G.E. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2014.
31. Brasil. Cidades, I.B.G.E. Instituto de Geografia e Estatística. 2017.
32. Brasil. Cidades, I. B. G. E. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2018.
33. Caetano RC, Vargas DS, Moura SA. “Programa Mais Médicos”: esquadrihando uma política de saúde que viraliza “More Doctors Program”: scrutinizing a health policy that viralizes. *Liinc em Revista*.2017;13(2).
34. Carvalho ALB, Souza MFS, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(4):901-11.
35. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação Paideia: apoio e co-gestão em saúde. ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
36. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(4):693-705.
37. Cavalcanti, Ronald Pereira et al. Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*.2018;22(2):181-88.
38. Cohn A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2009;25(7):1614-19.
39. Cordeiro MF. SISREG: uma ferramenta de desafios e avanços para a garantia do direito à saúde. 2016.
40. Costa MA, Tsukumo ITL (org.). 40 anos de regiões metropolitanas no Brasil: balanço e perspectivas. Brasília: Ipea, 2013;16(40):8.
41. Clares JWB, Silva LMS, Dourado HHM, Lima LL. Regulação do acesso ao cuidado na atenção primária: percepção dos usuários. *Rev. enferm. UERJ*.2011;19(4):604-9.
42. Creswell JW, Clark VL. Plano. Pesquisa de Métodos Mistos-: Série Métodos de Pesquisa. Penso Editora, 2015.
43. Dobashi BF, Brêtas Junior N, Silva Silvio Fernandes. Pacto interfederativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde? In:Santos NR, Amarante PDC (org). *Gestão Pública e relação público-privado na saúde*. Rio de Janeiro. Cebes. 2010.
44. Evangelista PA, Barreto SM, Guerra HL. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(4):767-76.
45. Farias SFF, Gurgel Jr GD, Costa AM, Brito RL, Buarque RR. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (dês) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(1):1043-53.

46. Faria TLM, Nascimento DM, Farias Filho MC, Nunes SF. National Policy of Urgency and Emergency under the Federal Coordination in Pará Municipalities, Brazil. *Saúde e Sociedade*. 2017;26(3):726-37.
47. Fagnani E. 20 anos da Constituição Cidadã: avaliação e desafios da seguridade social. Brasília: ANFIP, 2008:p.270
48. Fernandes MC, Barros AS, Silva, LMS, Nóbrega MFB, Silva MRF, Torres RAM. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde de unidades básicas de saúde de unidades básicas de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2010;63(1):11-5.
49. Ferreira JBB, Mishima SM, Santos JS, Forster AC, Ferraz CA. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. 2010;14(33):345-58.
50. Ferreira JBB, Caldas DC, Santos LL, Ribeiro LC, Chaves LDP. Aspectos da regulação em saúde na visão de equipes de saúde da família de um município de pequeno porte. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 2016;11(38):1-12.
51. Fleury S, Ouverney AM. Política de saúde: uma política social. In: Política e Sistema de Saúde no Brasil. Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
52. Fleury S. Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde Debate*. 2012;93:159-62.
53. França SB. A presença do Estado no setor saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*. 2014;49(3):83-8.
54. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas centrais de regulação. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2012;22:119-40.
55. Garozi, DE. Perfil do gestor municipal da saúde e a percepção da Estratégia Saúde da Família – DRS IX. 2014. 97f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Medicina de Botucatu. Marília-São Paulo, 2014.
56. Giamberardino Filho DD. O Sistema Único de Saúde e as filas de espera para cirurgias eletivas. Conselho Federal de Medicina, Paraná, dez, 2017.
57. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.919, de 2010. Brasília, DF, 15 jul, 2010. [publicação online]. [cited 2019 jan 07]. Available from: <https://www.campograndenews.com.br/artigos/o-sistema-unico-de-saude-e-as-filas-de-espera-para-cirurgias-eletivas>
58. Gomes, FFC, et al. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014;30:31-3.
59. Goldwasser SR, Lobo MSC, Arruda EF, Angelo AS, Ribeiro ECO, Silva JRL. Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2018; 30(3).
60. Guerreiro JV, Branco MAF. Dos pactos políticos à política dos pactos na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1689-98.

62. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*.2011;16:1943-52.
63. Heimann LS, Ibanhes LC, Boareto RC, Kayano J. A relação público-privado e o pacto pela saúde: novos desafios para a gestão em saúde. *Gestão Pública e relação público-privado na saúde*.Rio de Janeiro: Cebes, 2011;208-19.
- 64.Ibanhes LC, Heimann LS, Junqueira V, Boarretto RC, Pessoto UC, Cortizo CTea. Governança e regulação na saúde: desafios para a Gestão Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):575-84.
65. Lemões MAM, Thumé E, Tomasi E, Dilélio AS, Borges CLS, Facchini LA. Caracterização das ações de regulação assistencial articulada à Atenção Primária à Saúde em municípios do Sul e Nordeste do Brasil: 2001 a 2004. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*.2013;22(4):631-40.
66. Lima JJF, Moysés A. Como andam Belém e Goiânia, Rio de Janeiro: Letra Capital: Observatório das Metrôpoles, 2009.
67. Lira ACO. Informatização em saúde. *Revista Debates GVsaúde*.2009(8):25-27.
68. Lobato LVC, 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. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
69. Lobo FS, Lima IFS, Acioli KLBO. Pacto pela Saúde. In: Aguiar ZN. *SUS: Sistema Único de Saúde – antecedentes, percurso, perspectivas e desafios*. São Paulo: Martinari, 2011.
- 70.Lorenzetti J, Lanzoni GMM, Assuiti LFC, Pires DEP, Ramos, FRS. Gestão em saúde: Diálogo com gestores públicos e privados. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2014;23(2):417-25.
71. Machado JA. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*.2009;24(71):105-19.
72. Machado CV, Baptista TWF, Lima LD (orgs). *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- 73.Macedo LJJ Carvalho JB, Coutinho HRM. *O Gestor em saúde no setor público*. Porto Alegre:UFRGS;2014.
74. Magalhães Junior HM. O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: A experiência de Belo Horizonte. 2006. 211 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Saúde Coletiva, Departamento de Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2006.
75. Majone G. Do Estado positivo ao Estado regulador: causas e consequências de mudanças no modo de governança. *Revista do Serviço Público*.2014;50(1):5-36.
76. Martins CC, Waclawovsky AJ. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*.2015;4(1):100.

77. Mattos, RA, et al. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*.2012;22:141-160.
78. Medina MG, Aquino R, Carvalho ALB. Avaliação daatenção básica: construindo novas ferramentas parao SUS. *Divulgação Saúde para Debate*. 2000; 21:15-28.
79. Mendes JMR, Garcia MLT, Oliveira EFA, Fernandes RMC. Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*.2011;10(2):331-44.
80. Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lyra TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cadernos de Saúde Pública*.2012;28:955-64.
81. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir em la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*.2006;2(2):147-60.
82. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*.2014;48:170-85.
83. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203 de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Brasília.
84. Ministério da Saúde. Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a NOAS. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Brasília.
85. Ministério da Saúde. Portaria n. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. *Diário Oficial da união*, Brasília, v. 89, n. 40E, p. 52, 28 fev. 2002.
86. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
87. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo*, Brasília, DF, 23 fev. 2006.
88. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.935 de 14 de novembro de 2007. Qualifica o Estado do Pará e os Municípios de Belém, Capanema, Breves, Santarém, Tucuruí, Marabá, Altamira e Redenção a receberem os recursos financeiros para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores.
89. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
90. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS.
91. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

92. Ministério da Saúde. Informações em saúde/redes assistenciais/j profissionais. CNES/2010. [publicação online]. [cited 2019 jan 07]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/equipebr.def>.
93. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.919, de 2010. Brasília, DF, 15 jul, 2010. [publicação online]. [cited 2019 jan 07]. Available from: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1919-\[3668-160910-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1919-[3668-160910-SES-MT].pdf)
94. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.
95. Ministério da Saúde. Proposta do Subprojeto QualiSUS – Rede para a Região Metropolitana I de Belém. 2012 [publicação online]. [cited 2019 jan 20]. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/08/Subprojeto-QualiSus-PA-web.pdf>
96. Ministério da Saúde. Portaria nº no1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 19 jun. 2011.
97. Ministério da Saúde. Projeto de lei nº 1.459, de 2015. Câmara dos deputados, Brasília, DF, 07 mai, 2015. [publicação online]. [cited 2019 jan 07]. Available from: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=1230373>
98. Minas RP, Madureira M, Gonçalves IM. A programação assistencial de saúde em Minas Gerais: relato de experiência. Revista de Saúde Pública do SUS/MG:2017;2(1).
99. Minayo MCDS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.
100. Nascimento AAM, Damasceno AK, Silva MJ, Silva MVS, Feitoza AR. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. Cogitare Enferm. 2009;14(2):346-52.
101. Nicoletto SCS, et al. Polos de educação permanente em saúde: uma análise da vivência dos atores sociais no norte do Paraná. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2009;13:209-19.
102. O'Dwyer G, Mattos R. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro. Saúde soc. 2013;22(1):199-210.
103. Oliveira RG, Graboys V, Mendes Junior WV. Qualificação de Gestores do SUS. Rio de Janeiro. EAD/ENSP, 2011.
104. Oliveira RR, Elias PEM. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2012;46(3):571-6.
105. Oliveira RR. Dos conceitos de regulação às suas possibilidades. Saúde e Sociedade, 2014;23,1198-1208.
106. Paim JS. Alguns pontos para o debate sobre possíveis impactos da crise econômica na saúde. In: Santos NR, Amarante PDC(org). Gestão Pública e relação público-privado na saúde. Rio de Janeiro. Cebes. 2010.

107. Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulação em saúde: a atuação de enfermeiros. *Rev Rene*.2016;17(6):820-7.
108. Pinto JR, Carneiro MGD. Avaliação do agendamento online de consultas médicas especializadas através da central de regulação do SUS. *Saúde Coletiva*. 2012;09(58):123-28.
109. Pinto HÁ, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde em Debate*.2014;38:358-72.
110. Ramos UF, Ramos WF. Função da Central de Regulação de Leitos do Sistema Único de Saúde (SUS) no acesso ao serviço de internação hospitalar no Município de Belém, Estado do Pará.
111. Rizzotto MLF, Gil CRR, Carvalho M, Fonseca ALN, Santos MF. Força de trabalho e gestão do trabalho em saúde: revelações da Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Paraná. *Saúde em Debate*.2014;38:237-51.
112. Rodrigues LCR, Juliani CMCM. Resultado da implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um hospital de ensino. *Einstein*. 2015:96-102.
113. Rodrigues ACS, Vieira GLC, Torres HC. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):531-7. DOI:10.1590/S0080-62342010000200041.
114. Rosa TEC, Bersusa AAS, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venancio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2009; 12(Supl. 2):158-171.
115. Rosso CFW, Lima AR, Barbosa NB, Santos TAP(org). *Regulação em sistemas de saúde*. Goiânia: Gráfica UFG, 2015.
116. Sader E. Notas sobre a globalização neoliberal. In: Matta, GC(org.) *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV.2008:410.
117. Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. *Metodologia de pesquisa*. Penso, 2013.
118. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro. *Interface: Comunicação, Saude, Educação*. 2006;10(19):25-41.
119. Santos AM, Gilvanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*,2016;32.
120. Santos FC, Aleluia IRS, Santos IN, Moura LGF, Carvalho MA. Participação do Fisioterapeuta na equipe multiprofissional de auditoria em saúde. *RAS*. 2011;13(51):95-102.
121. Santos JLG, Erdmann AL, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Cunha VP, Ross R. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2017;26(3).
122. Sarreta FO. Perspectivas da educação permanente em saúde. In: Sarreta FO. *Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS* [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica.2009.

123. Savassi LCM. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. Florianópolis. 2012;7(23):69-74.
124. Secretaria de Estado da Saúde do Pará (SESPA). Plano Estadual de Saúde do Estado do Pará, 2016-2019 [Internet]. 2011[cited 2016 out 16]. Available from: <http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/nisplan/plano-estadual-saude-2016-2019.pdf>
125. Silva AP. Caracterização da rede de atenção psicossocial do Recife e sua interface com a regulação em saúde. 2015. 131f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife. 2015.
126. Silva DSJR, Duarte LR. Educação permanente em saúde. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 2015;17(2):104-105.
127. Silva NS. Qualificação dos registros de procedimentos em centros de atenção psicossocial: educação permanente em saúde como estratégia de gestão. 2018.140f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Enfermagem (FEN). Programa de Pós-Graduação em enfermagem, 2018.
128. Silveira MSD, *et al.* Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. *Saúde em Debate*. 2018;42:63-2.
129. Souza Filho R. *Gestão pública e democracia: a burocracia em questão*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.
130. Souza RR, *et al.* Relatório de pesquisa: Cenários e desafios do SUS desenhados pelos atores estratégicos. Brasília, 2018.
131. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Junior GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19:1283-293.
132. Sousa AJ, Sousa SS, Cunha CCB. Regulação em saúde: levantamento bibliográfico. In: Rosso CFW, Lima AR, Barbosa NB, Santos TAP(org). *Regulação em sistemas de saúde*. Goiânia: Gráfica UFG, 2015.
133. Sossai TA, Galavote HS, Vieira ECL, Freitas PSS, Lima RCD. Evidências sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*. 2017;18(1):111-19.
134. Schraiber LB, *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010;26:961-70.
135. Tajra FS, Lira GV, Rodrigues AB. Auditoria em Odontologia: possibilidades de atuação na Atenção Primária à Saúde (APS). *Revista Eletrônica Gestão*. 2012; 28(2):1982-4785.
136. Teixeira MB, Casanova CCMO, Ensgtrom EM, Bodstein RCA. Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde em Debate*. 2014;38:52-8.
137. Viana N. *O Capitalismo na Era da Acumulação Integral*. São Paulo, Ideias e Letras, 2009.

138.Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Ciência & Saúde Coletiva*.2013;18:181-90.

139. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência.*Saúde e Sociedade*, 2015;24:100-12.

140.Vilarins G, Shimizu H, Gutierrez M. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*. 2012;36(95):640-7.

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE ENFERMAGEM



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**PESQUISA: REGULAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ: UM ESTUDO NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM.**

DATA DA COLETA DE DADOS: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ Nº \_\_\_\_

### I CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

1 – Primeiro nome e iniciais de sobrenome: \_\_\_\_\_

2 – Telefone para contato: \_\_\_\_\_

3 – Sexo: \_\_\_\_\_

4 – Idade em anos completos: \_\_\_\_\_

5 – Município de Nascimento: \_\_\_\_\_

6 – Município onde trabalha: \_\_\_\_\_

7 – Anos de Estudo: [1] ( ) de 01 a 05 [2] ( ) 11 a 15 [3] ( ) 06 a 10 [4] ( ) mais de 15.

8 – Renda: [1] ( ) até um salário mínimo [2] ( ) até 2 salários mínimos [3] ( ) até 3 salários mínimos [4] ( ) mais de 3 salários

### II – REGULAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

9 – Tempo de trabalho na regulação:

[1] ( ) até 1 ano [2] ( ) de 2 a 5 [3] ( ) de 6 a 9 [4] ( ) mais de 9 anos

10 – Carga horária semanal na regulação:

[1] ( ) 20h [2] ( ) 30h [3] ( ) 40h [4] ( ) Mais de 40h

11 – Forma de ingresso na regulação:

[1] ( ) Efetivo [2] ( ) Temporário [3] ( ) Efetivo com cargo de confiança [4] ( ) Temporário com cargo de confiança. Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

12 – Condição na regulação: \_\_\_\_\_

13 – Existem dificuldades na regulação?

[1] ( ) sim [2] ( ) não

14 – Você acha que a regulação é importante no SUS?

[1] ( ) sim [2] ( ) não

15 – Qual o sistema operacional utilizado na regulação que você atua?

[1] ( ) SISREG [2] ( ) Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – ENTREVISTA – GESTOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

**UFG** FACULDADE DE ENFERMAGEM



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**PESQUISA: REGULAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ: UM ESTUDO NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM.**

DATA DA COLETA DE DADOS: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_

Nº DA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

### ENTREVISTA:

- 1 – Relate o papel do gestor na regulação dos serviços de saúde nas centrais e complexos reguladores.
- 2 – O que você considera numa boa gestão?
- 3 – Quais as dificuldades que você enfrenta na gestão da regulação?
- 4 – Você acredita que a regulação da saúde é necessária no SUS? Por quê?
- 5 – Que sugestões você daria para que a central de regulação pudesse atender a todos?

## APÊNDICE C – ENTREVISTA –PROFISSIONAL DA REGULAÇÃO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

**UFG**

FACULDADE DE ENFERMAGEM



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

PESQUISA: REGULAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO PARÁ: UM ESTUDO NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM

**DATA DA COLETA DE DADOS:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_\_

**Nº DA ENTREVISTA:** \_\_\_\_\_

### **ENTREVISTA:**

- 1 – Relate sua experiência em relação ao trabalho executado na central de regulação.
- 2 – Você sente necessidade de apoio para desempenhar suas atividades profissionais? Caso positivo, fale a respeito.
- 3 – Você enfrenta dificuldades em desenvolver suas tarefas na central de regulação? Caso positivo, fale a respeito.
- 4 – Você acredita que a regulação da saúde é necessária no SUS? Por quê?
- 5 – Que sugestões você daria para que a central de regulação pudesse atender a todos?

## APÊNDICE D – ARTIGO: MULTIPROFESSIONAL TEAM AND REGULATION: AN INTERFACE REQUIRED AT SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Revista: International Journal of Development Research (A2)

Situação: Publicado

### ABSTRACT.

**Objective:** To understand how the multiprofessional team acts in the regulation of health in a Brazilian capital, highlighting the difficulties faced, in front of the technical management of the regulation in public health. **Methodology:** An exploratory descriptive study of a qualitative way, through a semi-structured interview, applied in fifteen professionals working at the SUS regulation. The data were analyzed using the Bardin technique. **Results and Discussion:** Two categories emerged from the interviews: the experience of the multiprofessional team in health regulation; and the need for regulation in the user's access to health services. The presence of professionals with diverse backgrounds, collaborates in the construction of a more integrated assistance, that allows to benefit the users; and establish constructive links for improvement in work. It is necessary to discuss the reality experienced by regulatory professionals, their expectations regarding the importance of their activities, and the need for regulation, for the effectiveness of health systems. **Conclusion.** Obstacles in terms of operation and functionality interfere in the multiprofessional performance in health regulation, which is reflected in the weakness of the country's health system, causing problems that affect user care and the quality of care

**Key Words:** Multiprofessional team. Regulation. Access to health services.

### RESUMO

**Objetivo.** Compreender como a equipe multiprofissional atua na regulação da saúde em uma capital brasileira, destacando as dificuldades enfrentadas, frente à gestão técnica da regulação na saúde pública. **Metodologia.** Estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa, através de entrevista semiestruturada, aplicada em quinze profissionais atuantes na regulação do SUS. Os dados foram analisados utilizando-se a técnica de Bardin. **Resultados e Discussão.** Das entrevistas surgiram, duas categorias: a experiência da equipe multiprofissional na regulação da saúde; e a necessidade de regulação no acesso do usuário aos serviços de saúde. A presença de profissionais com diversas formações, colabora na construção de uma assistência mais integrada, que permite beneficiar os usuários; e estabelecer vínculos construtivos para a melhoria no trabalho. Faz-se necessário a discussão em torno da realidade vivenciada pelos profissionais reguladores, suas expectativas em relação à importância de suas atividades, bem como a necessidade de regulação, para a eficácia dos sistemas de saúde. **Conclusão.** Entraves em termos de operacionalização e funcionalidade, interferem na atuação multiprofissional na regulação da saúde, que se encontra refletida na debilidade do sistema de saúde do país, ocasionando problemas que repercutem no atendimento do usuário e na qualidade da assistência.

**Palavras-Chave.** Equipe multiprofissional. Regulação. Acesso aos serviços de saúde.

## ANEXO – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Gestão de Regulação da Saúde no Estado do Pará

**Pesquisador:** Maria Alves Barbosa

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 52395815.0.0000.5078

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.505.135

#### Apresentação do Projeto:

Título: Gestão de Regulação da Saúde no Estado do Pará. A regulação da saúde no SUS é uma importante ferramenta de equidade, acessibilidade e integralidade na conjuntura de saúde brasileira, mas ao mesmo tempo, apresenta muitas fragilidades, à exemplo do que ocorre quando pessoas necessitam de atendimento de saúde mediados pelas centrais de regulação municipais, que se manifestam pela baixa satisfação do usuário. No entanto, acredita-se que as fragilidades possam ser superadas no sentido de apontar estratégias, centradas no sujeito das ações de saúde e melhor qualidade de assistência no SUS. Os complexos reguladores e centrais de regulação são determinantes no processo organizacional da gestão da saúde, pois se constituem áreas de referência e articulação, fornecendo resposta mais efetiva às unidades solicitantes e, sobretudo, ao usuário. Gestão (TCG); verificar se os referidos Termos se encontram em execução na prática e investigar

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
**Bairro:** St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.505.135

fatores

que facilitam ou dificultam sua execução.

E Entende-se que estudos sobre regulação da saúde

partindo-se de uma conjuntura formatada pela gestão do SUS, pautada na regulação da assistência a partir do Pacto pela Saúde, impulsionariam

ações que possibilitem o acesso do cidadão.

Estudo descritivo exploratório com abordagem quali-quantitativa a ser desenvolvido em municípios do estado do

Pará.

AMOSTRA: Será composta por 250 técnicos e 35 gestores, que representam 50% do total de servidores que desempenham suas atividades nas

secretarias municipais de Belém, Ananindeua, Benevides, Marituba, Santa Izabel do Pará, Santa Bárbara do Pará e Castanhal.

INCLUSÃO: Serão incluídos na pesquisa técnicos e gestores componentes do quadro das secretarias municipais pertencentes aos municípios, que

se constituem em Centrais e Complexos Reguladores Região Metropolitana de Belém, Brasil.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO. A pesquisa excluirá técnicos e gestores que desempenhem suas atividades profissionais no horário noturno,

motivado pela dificuldade de operacionalização da coleta de dados.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

- GERAL: Analisar a gestão da regulação da saúde no estado do Pará, tendo em vista, complexos reguladores e centrais de regulação, preconizados pela legislação do SUS.

Objetivo Secundário:

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica

**Bairro:** St. Leste Universitario

**CEP:** 74.605-020

**UF:** GO

**Município:** GOIANIA

**Telefone:** (62)3269-8338

**Fax:** (62)3269-8426

**E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.505.135

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Identificar entraves que podem dificultar a regulação da saúde em municípios do estado do Pará; Analisar atuação dos complexos reguladores e centrais de regulação, que repercutem no acesso da população aos serviços de saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: Identificar entraves que podem dificultar a regulação da saúde em municípios do estado do Pará; Analisar atuação dos complexos reguladores e centrais de regulação, que repercutem no acesso da população aos serviços de saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A presente pesquisa oferecerá riscos mínimos aos participantes, onde a abordagem, realizada através de questionário, será conduzida adequadamente pela pesquisadora com informações e orientações sobre a finalidade da pesquisa, metodologia utilizada, os usos de seus resultados, bem como as formas de disseminação do conhecimento adquirido. Todos os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, sendo assegurada a confidencialidade das informações dos participantes. A pesquisadora responsável pelo estudo coletará informações através de questionário, substituindo o nome dos participantes por código ou nome fictício, de modo a garantir a privacidade dos mesmos, onde apenas a pesquisadora manipulará os dados.

Benefícios:

A pesquisa trará benefícios para a população dependente da assistência de saúde do SUS, pois contribuirá com subsídios de possíveis mudanças

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
**Bairro:** St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephcufig@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.505.135

no campo assistencial e na gestão municipal, possibilitando uma melhor visualização das condições de atendimento que enfrentam os municípios que fazem parte da área de jurisdição da Região Metropolitana de Belém.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Esta pesquisa possui relevância pública, uma vez que evidenciará as facilidades e dificuldades enfrentadas pelos municípios do Estado do Pará, quanto às estruturas de regulação em nível de Complexos ou Centrais Reguladoras da saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados.

**Recomendações:**

Não

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás-CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 e na Norma Operacional CNS 001/13, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Lembramos que o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, através de Notificação via Plataforma Brasil, os relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas complementares.

Situação: Protocolo aprovado.

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
**Bairro:** St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephucfg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 1.505.135

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_643441.pdf	05/04/2016 14:21:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CORRIGIDO_MARIAALVES_LUZIABEATRIZ.doc	21/03/2016 14:26:15	Maria Alves Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO_MARIA_ALVES_LUZIABEATRIZ.doc	21/03/2016 14:25:28	Maria Alves Barbosa	Aceito
Outros	Instrumento_de_Pesquisa.pdf	21/12/2015 11:15:25	Maria Alves Barbosa	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	21/12/2015 11:13:39	Maria Alves Barbosa	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	21/12/2015 11:03:59	Maria Alves Barbosa	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Certidao_FEN.pdf	21/12/2015 11:00:16	Maria Alves Barbosa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	21/12/2015 10:58:33	Maria Alves Barbosa	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

GOIANIA, 18 de Abril de 2016

Assinado por:  
**JOSE MARIO COELHO MORAES**  
(Coordenador)

**Endereço:** 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
**Bairro:** St. Leste Universitario **CEP:** 74.605-020  
**UF:** GO **Município:** GOIANIA  
**Telefone:** (62)3269-8338 **Fax:** (62)3269-8426 **E-mail:** cephucfg@yahoo.com.br