



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**CLARICE AMÁLIA DA CONCEIÇÃO**

**ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO  
INSTITUÍDA NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA DO HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

Recife

2021

CLARICE AMÁLIA DA CONCEIÇÃO

**ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO  
INSTITUÍDA NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA DO HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do grau de mestra em Políticas Públicas.

**Área de concentração:** Políticas Públicas

**Orientador:** Prof. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha

Recife

2021

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva, CRB4-1291

C744a Conceição, Clarice Amália da.

Análise de implementação da Política Nacional de Regulação instituída no Ambulatório de Traumatologia-ortopedia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco / Clarice Amália da Conceição. – 2021.

61 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.  
Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Recife, 2021.

Inclui referências e anexos.

1. Política pública. 2. Política de saúde. 3. Política Nacional de Regulação. 4. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. I. Rocha, Enivaldo Carvalho da (Orientador). II. Título.

320.6 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2021-200)

CLARICE AMÁLIA DA CONCEIÇÃO

**ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO  
INSTITUÍDA NO AMBULATÓRIO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA DO HOSPITAL  
DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra Profissional em Políticas Públicas.  
**Área de concentração:** Políticas Públicas

**Aprovada em:** 09/09/2021.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Enivaldo Carvalho da Rocha (Orientador)  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

---

Prof. Dr. Dalson Figueiredo Brito Filho  
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

---

Prof. Dr. Fernando Guerra  
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pelo dom da vida.

As minhas filhas, Alice e Aline, símbolo do amor de Deus.

Aos meus orientadores, professores Dr Enivaldo e Dr Dalson, pelos ensinamentos e constante paciência para comigo.

Aos demais professores do curso, em especial, ao professor Erinaldo, pelos ensinamentos, todos vocês contribuíram de forma singular para a minha formação.

As minhas amigas, Enes, Jaci, Jacilete, Marcelle, Edilene, Lúcia e Nadja pelo apoio, incentivo e estímulo constantes, para a minha vida pessoal e profissional.

A todos os meus colegas de trabalho do hospital e da ortopedia, em especial, Álvaro, Rosana, Fátima e Djane e a todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

A professora doutora Eliane Vasconcelos pelo constante apoio e incentivo.

À minha amiga de infância, Maria Djanira, pela sintonia e companheirismo ao longo de toda a vida.

Aos meus colegas de turma, por todo o companheirismo e incentivo, vocês estarão sempre comigo.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Do fundo do meu coração, muito obrigada!

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar o processo de implementação da Política Nacional de Regulação (PNR), pautado no modelo de análise *top-down*, no que se refere ao acesso às consultas nos ambulatórios de Traumatologia-Ortopedia, que se instituiu no Hospital das Clínicas da UFPE (HC-UFPE), a partir de 2014, sob a responsabilidade da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). A Política Nacional de Regulação (PNR) segue a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2002, que se constitui instrumento para estabelecer a equidade na acessibilidade e integralidade da assistência à saúde. Pretende-se, portanto, estudar quais os entraves decorridos com a implementação desta Política. Como método de pesquisa, foi desenvolvido um estudo de caso, retrospectivo, de natureza exploratória e descritiva, pautado em aspectos quantitativos e qualitativos. Os dados foram obtidos no Setor de Gestão de Processos e Tecnologia de Informação do HC-UFPE, nos períodos 2006 a 2018 com ênfase a partir de 2014, quando se iniciou a regulação neste serviço. O estudo qualitativo foi realizado de forma remota, considerando a necessidade do distanciamento social em virtude da pandemia do COVID-19. Foi desenvolvido a partir de entrevistas semiestruturadas com burocratas que exerceram cargos de gerência, durante o período da implantação no HC-UFPE da Política Nacional de Regulação. Na análise das entrevistas, o maior destaque foi a presença do paciente apenas no dia da consulta, cabendo a secretaria de saúde do seu município a marcação do atendimento. Os dados quantitativos indicaram uma redução na média dos atendimentos no período da implementação da regulação (2014 a 2018) em comparação ao período de 2006 a 2013 (período anterior a política). Portanto, a implementação da regulação no serviço de Traumatologia-Ortopedia do HC-UFPE pode ser considerada como uma ferramenta de gestão, que colaborou na organização do acesso dos pacientes, como também nos processos de trabalho da instituição, viabilizando a equidade na acessibilidade e integralidade da assistência à saúde, e fortalecendo os princípios do SUS. Este estudo resultará em um relatório que será disponibilizado para a gestão do hospital, para a Secretaria Estadual de Saúde e para todos os municípios envolvidos.

**Palavras-chave:** Política Pública; Processo de Regulação; Ambulatório de Traumatologia-Ortopedia; Gestão.

## ABSTRACT

The aim of this study to analyze the implementation process of the National Policy for Health Care Regulation (SUS PNR), based on the top-down model, with regard to access to appointments in the Clinic for Trauma and Orthopaedics Outpatient, which was established at the Hospital das Clínicas - UFPE (HC-UFPE), from 2014, under the responsibility of the Brazilian Hospital Services Company (EBSERH). The National Policy for Regulation (PNR) follows the Operational Standard for Health Care (NOAS) 2002, which is an instrument to establish equity in the accessibility and comprehensiveness of health care. It is intended, therefore, to study the obstacles arising from the implementation of this Policy. As a research method, a retrospective, exploratory and descriptive case study was developed, based on quantitative and qualitative aspects. The data were obtained from the Process Management and Information Technology Section of HC-UFPE, in the period 2006 to 2018, with emphasis on the year 2014, when regulation in this service began. The qualitative study was carried out remotely, considering the need for social distancing due to the COVID-19 pandemic. It was developed from semi-structured interviews with bureaucrats who held management positions during the period of implementation at HC-UFPE of the National Policy for Regulation. In the analysis of the interviews, the main highlight was the presence of the patient only on the day of the appointment, with the health department of his municipality being responsible for scheduling the appointment. Quantitative data showed a reduction on the average attendances in the period of implementation of the regulation (2014 to 2018) compared to the period from 2006 to 2013 (prior to the policy). Therefore, the implementation of regulation in the HC-UFPE trauma and orthopaedics service can be considered as a management tool, which collaborated in the organization of patient access, as well as in the institution's work processes, enabling equity in accessibility and comprehensiveness health care, and strengthening the principles of the SUS. This study will produce a report that will be made available to the hospital management, to the State Health Department and to all municipalities involved.

**Keywords:** Public Policy; Regulation Process; Trauma and Orthopaedics Outpatient Clinic; Management.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Síntese das dimensões da regulação do SUS.....	16
Figura 1 –	Fluxo do acesso central regional de regulação - modelo de Pernambuco.....	17
Figura 2 –	Diagrama do cuidado.....	18
Quadro 2 –	Estrutura de complexos reguladores.....	19
Figura 3 –	Organização institucional - Hospital das Clínicas/UFPE.....	23
Figura 4 –	Organograma da Regulação do Hospital das Clínicas.....	24
Figura 5 –	Distribuição das consultas realizadas no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia no período de 2006 a 2018 – HC/UFPE.....	32
Figura 6 –	Distribuição das médias de consultas realizadas mês a mês no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia no período de 2006 a 2008 – HC/UFPE.....	33
Figura 7 –	Distribuição das consultas do ambulatório de Traumatologia-Ortopedia no período de 2006 a 2018 - HC/UFPE.....	34
Figura 8 –	Distribuição dos atendimentos de Traumatologia-Ortopedia dos usuários segundo faixa etária no período de 2006 a 2013 - HC/UFPE.....	35
Figura 9 –	Distribuição dos atendimentos de Traumatologia-Ortopedia dos usuários segundo faixa etária e tipo de consulta no período de 2014 a 2018 - HC/UFPE.....	36
Figura 10 –	Distribuição dos atendimentos de Traumatologia-Ortopedia dos usuários segundo raça no período de 2006 a 2013 - HC/UFPE.....	37
Figura 11 –	Distribuição dos atendimentos de Traumatologia-Ortopedia dos usuários segundo raça no período de 2014 a 2018 - HC/UFPE.....	37
Figura 12 –	Distribuição dos atendimentos por tipo de consulta de Traumatologia-ortopedia dos usuários segundo sexo no período de 2014 a 2018 - HC/UFPE.....	38
Figura 13 –	Distribuição dos atendimentos de Traumatologia-Ortopedia dos usuários segundo o grau de instrução no período de 2006 a 2013 - HC/UFPE.....	38
Figura 14 –	Distribuição dos atendimentos de Traumatologia-Ortopedia dos usuários segundo grau de instrução por tipo de consulta no período de 2014 a 2018 - HC/UFPE.....	39
Quadro 3 –	Apresenta as características que emergiram dos discursos dos entrevistados segundo as perguntas.....	41

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis analisadas.....	27
Tabela 2 – Média das consultas antes e depois da regulação.....	39
Tabela 3 – Teste de amostras independentes.....	40

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

AC	Análise de Conteúdo
APS	Atenção Primária de Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRG	Complexo Regulador
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HC	Hospital das Clínicas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo de Internamento
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNGC	Programa Nacional de Gestão de Custos
PNR	Política Nacional de Regulação
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RJU	Regime Jurídico Único
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SPA	Serviço de Pronto atendimento
SRAS	Serviço de Regulação e Avaliação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
URA	Unidade de Regulação Assistencial
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>O ciclo das políticas públicas: a fase da implementação, sua análise e conceitos norteadores.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2</b>	<b>A regulação no âmbito da política pública de saúde brasileira.....</b>	<b>15</b>
<b>2.2.1</b>	<b>A regulação do acesso e os serviços da média e alta complexidade no SUS.</b>	<b>18</b>
<b>2.3</b>	<b>A política de regulação no Hospital das Clínicas da UFPE.....</b>	<b>21</b>
<b>2.3.1</b>	<b>A participação da EBSEH no HC: implementando a política de regulação assistencial.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3.1.1</b>	<b><i>O HC frente a política de regulação e o ciclo das políticas públicas.....</i></b>	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1</b>	<b>Tipo de estudo.....</b>	<b>28</b>
<b>3.2</b>	<b>População-alvo do estudo.....</b>	<b>30</b>
<b>3.3</b>	<b>Amostra.....</b>	<b>30</b>
<b>3.4</b>	<b>Procedimentos éticos.....</b>	<b>31</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>32</b>
<b>4.1</b>	<b>Etapa quantitativa.....</b>	<b>32</b>
<b>4.2</b>	<b>Etapa qualitativa.....</b>	<b>41</b>
<b>4.3</b>	<b>Entraves observados.....</b>	<b>47</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>50</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>52</b>
	<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>56</b>
	<b>ANEXO B – ESTRUTURA DA ENTREVISTA.....</b>	<b>58</b>
	<b>ANEXO C – FICHA DE CADASTRO DE PACIENTE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS.....</b>	<b>59</b>
	<b>ANEXO D – PRODUTO.....</b>	<b>60</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O conceito de saúde como algo abrangente e que vai além do corpo físico, foi definido pela primeira vez, em 1946, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ao defender “saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017). O conceito de saúde passou a ser entendido como direito, quando foi consagrado no Art. 196 da Constituição Federal Brasileira, o qual diz que a “Saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988, s.p).

Segundo esse conceito, fatores externos, como ações de ordem econômica, ambiental ou cultural podem influenciar, afetar ou determinar a saúde dos indivíduos. Nesse sentido, promover ou garantir saúde é livrar o ser humano de condições que possam lhe adoecer. E a maior ação desenvolvida com esse objetivo é buscando respeitar o que é determinado na Constituição Federal do nosso país, o Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS se torna importante, pois se caracteriza como uma política formulada no nível federal e implementada pelos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), tendo o compartilhamento e competências nestas três esferas. Isso exige do Governo Federal a adoção de estratégias de gerenciamento e controle das ações de operacionalização (BASTOS, 2019).

Cabe ressaltar que o SUS, enquanto política pública, precisa ser desenvolvido considerando os seus princípios, que preveem a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso à saúde, para que todos os cidadãos sejam bem assistidos. É nesta vertente que as políticas regulamentadoras se tornam importantes para o funcionamento dos serviços de forma igualitária, universal e com equidade.

“Apesar de adotar entre seus princípios constitucionais a universalidade, o sistema público de saúde brasileiro ainda não garante o acesso a toda a população em razão de uma série de fatores de caráter estrutural” (Teixeira apud Radis 2015, p. 14), por essa razão formam-se as tão famosas filas de espera por um serviço de saúde. A regulação surge como uma possível resposta para esse problema e como uma tentativa de facilitar esse acesso. De acordo com Shilling; Reis e Moraes apud Vilarins *et al.* (2012, p. 642):

A regulação é uma ação social, sendo considerada um conjunto de ações-meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos para o alcance de resultados. Estes estão relacionados à satisfação do paciente ou ao atendimento das necessidades mais prementes.

A Política Nacional de Regulação (PNR) foi instituída por meio da Portaria GM/MS 1559/2008, e vem sendo implantada nos três níveis de governo, como um instrumento para garantir o acesso dos cidadãos aos serviços de saúde e o cumprimento pleno das

responsabilidades sanitárias assumidas pelo governo. É composta por diversas ações que envolvem tecnologia de informação, contratações, controle assistencial, monitoramento, supervisão, avaliação, dentre outros. Se configura como uma importante ferramenta de gestão, vinculada a função do Estado em ordenar a distribuição de recursos, bens e serviços de saúde, na tentativa de superar as dificuldades (OLIVEIRA; ELIAS, 2012; ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Assim, este estudo tem como foco a análise do processo de implementação da Política Nacional de Regulação, quanto ao acesso dos usuários às consultas ambulatoriais dos Serviços de Traumatologia-Ortopedia do Hospital das Clínicas da UFPE, destacando a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2002, enquanto instrumento que estabelece a equidade na acessibilidade e integralidade da assistência à saúde. A escolha do ambulatório de Traumatologia-Ortopedia do HC se deu por ser uma especialidade que não se encontra em todos os municípios pernambucanos, por isso, tem papel crucial, para os atendimentos de média e alta complexidade em todo o Estado, e algumas vezes, até fora dele. Por sua vez, a escolha do HC, se deu por ser um hospital-escola que além de ofertar demandas específicas, desempenha ainda a importância de formar futuros profissionais de saúde.

Esta pesquisa tem como principal pergunta: quais os possíveis entraves decorridos no processo de implementação da Política Nacional de Regulação (PNR), no que se refere ao acesso às consultas do serviço de Traumatologia-Ortopedia no HC-UFPE? Tem como objetivo geral: analisar a implementação da política quanto ao acesso as consultas no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia do HC. Desta maneira, pretende-se alcançar os seguintes objetivos específicos: a) identificar as consultas reguladas, e não reguladas ocorridas no referido ambulatório; b) quantificar as consultas reguladas e não reguladas realizadas no período de 2014 a 2018; c) caracterizar o perfil dos usuários atendidos por meio da regulação; e, d) compreender o processo de regulação das consultas realizadas por tal ambulatório.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foi realizado um estudo de caso, utilizando entrevistas, que segundo Lima e Miotto (2007) “traz razões que justifiquem a pesquisa em um momento histórico, que permite compreender todos os elementos existentes e os fatos sistematicamente, sempre os questionando”. Além disso, também foi empregada a estatística descritiva, a fim de conectar o conhecimento científico com a quantificação do objeto de estudo, buscando atingir resultados mais coesos, considerando todas as ações que o envolvem.

A dissertação está estruturada da seguinte maneira: apresenta-se a introdução, seguida pelas referências teóricas que embasam a pesquisa, encadeada pela metodologia e pelos resultados e, para finalizar, estão apresentadas as considerações finais do estudo.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 O ciclo das políticas públicas: a fase da implementação, sua análise e conceitos norteadores

Na tentativa de explicar a ação do Estado, os estudos sobre políticas públicas vêm ganhando espaços e revelando-se, enquanto parte de um processo dinâmico, de maneira que a política pública pode ser reconstruída ao longo de suas diversas etapas.

Este estudo compartilha do entendimento trazido por Celina Souza (2006), quando esta afirma que a política pública é entendida como a área do conhecimento que busca colocar o governo em ação e/ou analisar esta ação, e quando oportuno, fazer mudanças no curso dessas ações (SANTOS, 2018).

No campo do conhecimento das políticas públicas os primeiros teóricos que debateram a temática foram Laswell (1936), Simon (1957), Lindblom (1959; 1979) e Easton (1965). Suas contribuições serviram de referência para vários teóricos que se seguiram, permitindo o desenvolvimento do conhecimento científico na área da Ciência Política.

Dentre esses teóricos, na década de 90, destacam-se Howlett e Ramesh que destrincharam a política pública em cinco fases: montagem de agenda; formulação de política; tomada de decisão política; implementação da política e avaliação da política (SILVA, 2020). Essas fases podem sofrer alterações de acordo com os teóricos que as estudam, seus atores, ênfases e, em síntese podem ser definidas, como:

a formação da agenda que revela os temas relevantes, motivadores dos debates públicos; a formulação da política que compõe os planos de ação a serem desenvolvidos; a implementação que se refere à prática dos implementadores e a avaliação que busca verificar os resultados das políticas implementadas, comparando-os com as especificações formuladas na política. Essas etapas se desenvolvem dentro de um contexto dinâmico, portanto não são estanques ou isoladas (LOTTA, 2014 apud SILVA, 2020, p. 36).

Com base nas fases das políticas públicas, “esta pesquisa tem interesse no estágio da implementação, momento em que a política é colocada em ação” (SILVA, 2020). É uma fase complexa, por meio dela é que se buscam soluções para possíveis problemas, contínua disputa por poder, recursos e controle de atividades. Além de envolver aspectos administrativos e de gestão. Também compreende as demandas sociais, de acordo com o público-alvo (SANTOS, 2018; LOTTA, 2014).

Pó *et al.* (2015) afirmam que no Brasil os estudos sobre implementação de políticas públicas só avançaram a partir dos anos 80, com o movimento da redemocratização do país, o que impulsionou a ação do Estado intensificando a geração das políticas sociais.

Todavia, a fase de implementação, nem sempre é executada como seus formuladores aspiram, pois são inúmeras as políticas públicas que não são executadas. Nesse sentido,

Wu *et al.* (2014) apontam alguns fatores que limitam a implementação, tais como: a falta de clareza na definição das metas a serem adotadas; a falta de apoio burocrático e político para a implementação e, por fim, os limites da capacidade operacional, como poucos ou insuficientes recursos humanos e financeiros, limitados procedimentos e disposições institucionais (SANTOS, 2018 apud SILVA, 2020, p. 38).

Nos primeiros estudos sobre implementação se acreditava que esta etapa não representaria problema, considerando estarem os burocratas implementadores completamente subordinados aos tomadores de decisão. Esta posição foi questionada por considerar a discricionariedade e a autonomia relativa destes burocratas que implementam a política, que podem interferir na forma como ela é gerida, tendo em vista seus valores e crenças alterando o resultado (SANTOS, 2018).

Portanto, a implementação é percebida como um processo complexo, dinâmico e estratégico de interações entre diversos atores com distintos interesses. No qual as relações se entrelaçam, envolvendo vários sujeitos, com estratégias e táticas com variados graus de envolvimento, trazendo incertezas.

Como mencionado anteriormente, é nessa fase, que há uma constante busca por poder. Por isso, têm-se os mais diversos atores como as instituições políticas, as agências individuais e os grupos multiorganizacionais, todos interagindo entre si, visando a satisfação dos seus interesses, por meio da política, que podem ou não ser atendidos. Por essa razão, é uma fase passível de conflitos (LOTTA, 2010).

De acordo com a literatura, a implementação pode ser de duas formas: *top-down* (de cima para baixo) ou *bottom-up* (de baixo para cima). No primeiro tipo, o governo toma uma decisão e determina a execução. Todavia, faz-se a ressalva de que nesse modelo, não se considera as possíveis dificuldades do agente implementador da política, pois, na maioria das vezes, ela é imposta pelo método hierárquico de um nível para outro e tida como estanque. Já no modelo *bottom-up*, após a decisão do governo tem início a sua execução pelo agente implementador que sempre que percebe a necessidade de algum ajuste no processo, retrocede. Aqui, além de se considerar a flexibilidade do modelo, também leva em conta as possíveis dificuldades que o burocrata de nível de rua, possa vir a enfrentar (LOTTA, 2010, p. 19; LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Na análise de implementação da Política Nacional de Regulação no HC-UFPE, este estudo, entre essas duas perspectivas de análise, pautou-se no modelo de análise de implementação *top-down*, que compreende a política pública enquanto parte de um processo estabelecido pelos formuladores, “a ênfase é na perspectiva dos burocratas de alto nível hierárquico, supondo uma linha de comando sem questionamento por parte dos níveis burocráticos situados nos níveis mais baixos da administração e com reduzido grau de discricionariedade” (NOGUEIRA, FAGUNDES, 2015, [s. p.]).

Desta maneira, esta pesquisa compreende a análise de implementação no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia, pautado no modelo *top-down*, por meio do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde, que estabeleceu uma pactuação com Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), disponibilizando vagas e institucionalizando o primeiro atendimento, tendo nesse processo o envolvimento de burocratas e usuários. Sendo que qualquer atendimento fora desse processo é considerado um desvio de rota cometido pelos atores de nível local, ou seja, pelos implementadores.

## **2.2 A Regulação no âmbito da política pública de saúde brasileira**

A Lei n. 8.080, de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, define, dentre outros, a integralidade, a igualdade da assistência; a descentralização política administrativa; a capacidade de resolução dos serviços e a organização dos serviços públicos de saúde, como princípios e diretrizes norteadores do sistema (BRASIL, 1990).

Com base nesses princípios e diretrizes, o Ministério da Saúde (MS) criou a Portaria n. 1559 de 1º de agosto de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação (PNR) do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta política tem como principal objetivo garantir a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo o acesso equânime, integral e qualificado da população aos serviços de saúde, sendo composto por ações que envolvem tecnologia de informação, contratações, controle assistencial, monitoramento, supervisão e avaliação (BRASIL, 2016). Esta política compreende três dimensões: Regulação sobre Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde; Regulação do Acesso à Assistência.

**Quadro 1** – Síntese das dimensões da regulação no SUS

Dimensões da regulação	Objeto	Sujeito	Instrumentos
◆ Sistemas de saúde	Macrodiretrizes para regulação da atenção à saúde de sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde	Gestores públicos	Atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria
◆ Atenção à saúde	Produção das ações diretas e finais de atenção à saúde	Prestadores públicos e privados	Contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial
◆ Acesso à assistência/ regulação assistencial	Organização, controle gerenciamento e priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS	Gestores públicos	Complexo regulador, protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização

Fonte: Elaborado com base na Portaria n. 1.559/2008, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

A regulação da atenção à saúde como instrumento que promove à equidade, acessibilidade e integralidade, visa à produção e ações diretas e finais da atenção à saúde sinalizando para os prestadores de serviços públicos e privados. Tendo como sujeitos fundamentais nesse processo os gestores das esferas municipal, estadual e federal (SHILLING; REIS; MORAES, 2006) (VILARINS; SCHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

A NOAS define a regulação do Acesso à Assistência, ou Regulação Assistencial como:

a “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada que deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários” (BRASIL, 2002 apud FEITOSA, 2014, p. 11).

A Regulação do Acesso à Assistência tem como objetivos:

garantir o acesso dos usuários encaminhados da atenção básica para outros pontos da rede; estabelecer junto com o serviço demandante, classificação da necessidade clínica dos usuários, com nível de prioridade; esgotar todas as alternativas propedêuticas e terapêuticas em cada ponto da atenção da rede de serviços de saúde; estabelecer fluxos pactuados com a rede para encaminhamentos e apoio matricial; garantir acesso do usuário à tecnologia adequada no momento oportuno, iniciando-se pela entrada qualificada na atenção básica (FEITOSA, 2014, p. 13).

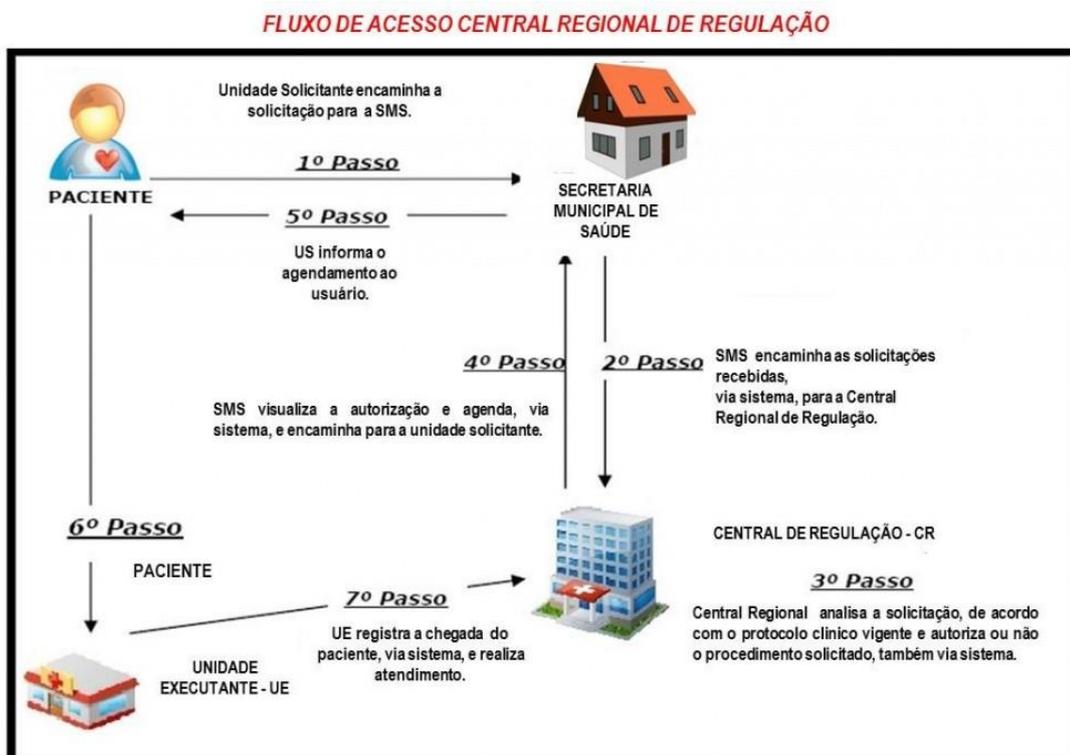
Ainda, segundo o supracitado autor, para a operacionalização da regulação do acesso faz-se necessário:

acolhimento de todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, utilizando-se sistema informatizado para classificação de risco/vulnerabilidade dos casos; marcação de consultas, exames e procedimentos em nível local, através de sistema informatizado e agenda local; canais de comunicação permanente com os usuários, por meio de murais de publicização das agendas locais, ouvidorias, entre outros; central de regulação ou de marcação dos serviços especializados, para encaminhamentos à rede especializada; apoio especializado matricial dos serviços especializados para com a atenção básica (FEITOSA, 2014, p. 14).

Dessa forma, os mecanismos de regulação fazem parte do dia a dia dos profissionais de saúde, que acolhem os usuários tentando identificar as suas necessidades. Também são um instrumento social de transparência ao permitir acesso de dados, ao ser um canal de comunicação e, por fim, por facilitarem o acesso a serviços de maior complexidade são eficazes, pois evitam consultas ou procedimentos desnecessários, reduzindo assim, custos ao patrimônio público (FEITOSA, 2014).

Nesse contexto, para facilitar os processos de trabalho na regulação do acesso, foi estabelecido o fluxograma abaixo (figura 1), mostrando os passos para os atendimentos equânime e integral, através da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e do Sistema de Regulação (SISREG).

**Figura 1** – Fluxo de acesso central regional de regulação – modelo de Pernambuco



Fonte: Secretaria de Saúde de Pernambuco.

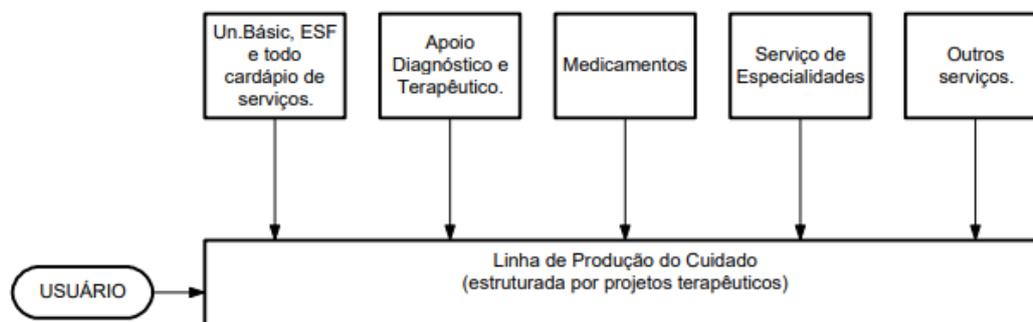
### 2.2.1 A regulação do acesso e os serviços da média e alta complexidade no SUS

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) foi instituída por meio da Portaria n. 4279/10, e estabelece diretrizes para sua organização no âmbito do SUS. Para o Ministério da Saúde (MS), as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de apoio técnico, logístico, e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

As RAS se caracterizam pela formação de relações horizontais entre todos os pontos da atenção tendo como centro de comunicação a atenção primária em saúde, por considerar: a centralidade das necessidades de saúde da população; pela responsabilização com atenção contínua e integral; pelo cuidado profissional; e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2016).

Para compreender melhor como se dá esse processo do cuidado apresentamos a sequência de etapas onde o usuário percorre desde o momento que ingressa na atenção primária, até o momento que chega os serviços de média e alta complexidade, desde que seja necessário. Como mostra a Figura 2.

**Figura 2** – Diagrama do cuidado



Fonte: FRANCO, MAGALHÃES JUNIOR, 2004.

No que diz respeito às ações de regulação, são importantes às estruturas dos complexos reguladores que são responsáveis pela operacionalização das ações da regulação do acesso, por meio da articulação e integração de um conjunto de Centrais de Regulação: Central de Regulação de Urgência, Central de Internações Hospitalares e Central de Consultas e Exames.

A PNR do SUS define estruturas com modelo de Complexo Regulador Estadual CRg Estadual, CRg Regional e CRg Municipal assim descritos:

**Quadro 2** – Estruturas de Complexos Reguladores

I	Complexo regulador Estadual Gestão e Gerência da Secretaria Estadual de Saúde, regula o acesso às unidades de saúde, sob gestão estadual e a referência interestadual, intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde, sob gestão municipal no âmbito do estado.
II	Complexo regulador Regional:
	a) Gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional no âmbito do estado.
	b) Gestão e gerência compartilhada entre a secretaria do estado da saúde e as secretarias municipais de saúde que compõe a região regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional no âmbito do estado.
III	Complexo Regulador Municipal, gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da própria população às unidades de saúde sob gestão municipal.

Fonte: PEITER; LANZOLI; OLIVEIRA, 2016.

A regulação como instrumento de gestão, busca viabilizar o acesso de todos os usuários de forma planejada, uma vez que direciona e reprograma a oferta de serviços a partir da identificação das necessidades com relação às demandas apresentadas pela população, inclusive, possibilitando ou não ampliar a oferta de alguns serviços pautadas pelos indicadores de saúde da população baseados nos princípios do SUS (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

Para auxiliar nesse processo de gestão, o Ministério da Saúde dispõe de um Sistema de Informação em Saúde (SIS) que, em via de regra, permite criar, analisar e captar os dados em informação e é subdividido em outros sistemas com o intuito de facilitar a análise e tomada de decisão. Um desses subsistemas é o Sistema de Regulação (SISREG) que foi instituído com o intuito de gerenciar desde o surgimento da vaga até a confirmação do atendimento e que tem por objetivo maior controle do acesso e do fluxo assistencial, bem como, dos recursos financeiros (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

Para tanto, em síntese funciona da seguinte forma: recebe a demanda da Atenção Primária de Saúde (APS), por meio das unidades de atenção básica, e, na sequência avalia a necessidade do serviço ambulatorial ou hospitalar e encaminha para as unidades disponíveis, respeitando os limites de oferta (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016). Nessa política o acesso compreende a recepção do usuário, seu acolhimento e direcionamento das ações de saúde que atendam às suas necessidades.

A atenção básica de saúde é considerada como principal porta de entrada do SUS, situada próximo dos usuários proporcionando a solução das necessidades de saúde para aqueles que necessitam de atendimentos em outros pontos de atenção, na média e alta complexidade. E de acordo com as normativas do SUS expressa a visão de APS como baixa complexidade em três níveis de atenção: atenção básica - de baixa complexidade; a atenção de média complexidade; e a atenção de alta complexidade, essa classificação é baseada no grau de densidade das tecnologias utilizadas (BRASIL, 2016).

Nesse contexto de priorização no atendimento, a média complexidade é formada por um conjunto de ações ou serviços com o objetivo de oferecer atendimento especializado, recursos tecnológicos para diagnóstico e/ou tratamento visando atender os principais problemas de saúde e agravos da população (SOLLA; CHIORO, 2008).

Os serviços ofertados na média complexidade são considerados os de menor valor na tabela do SUS, ademais, esses valores encontram-se defasados como defendem alguns autores, como os supracitados.

E diante da defasagem dos valores pagos pelo SUS, se evidencia uma baixa capacidade de regulação e dificuldade na aquisição de serviços na média complexidade. Desta maneira esses serviços caracterizam-se por: dificuldade no acesso, baixa resolutividade, superposição da oferta de serviços na rede ambulatorial e hospitalar, concentração em locais de alta densidade populacional, baixo nível de integração entre as ações de diferentes graus de complexidade. Esses efeitos do estrangulamento da oferta da atenção da média complexidade, em todo país, levam a uma expansão da demanda para a alta complexidade com perda para a população repercutindo nos custos do sistema (SOLLA; CHIORO, 2008).

Por sua vez, os serviços de alta complexidade, são aqueles com maior custo, alta tecnologia e oferta de serviços qualificados. Os valores repassados pelo SUS, nessa categoria, são bem mais próximos aos valores aplicados no mercado (BRASIL, 2016). A oferta de serviços de alta complexidade é feita pelos hospitais universitários ou pelo setor privado (SOLLA; CHIORI, 2008).

Diante do exposto é inegável a necessidade de integração da atenção básica com a atenção especializada (média e alta complexidades) como a única forma de garantir a equidade do acesso e a integralidade das ações na assistência à saúde. Daí a importância da regulação nesse sentido, para evitar procedimentos desnecessários, sobrecarga no sistema de saúde, desperdício de dinheiro público e, sobretudo, as longas filas de espera por atendimento especializado (SOLLA; CHIORO, 2008).

### **2.3 A política de regulação no hospital das clínicas da UFPE**

O Hospital das Clínicas da UFPE foi inaugurado em 14 de setembro 1989 é considerado órgão suplementar da universidade, por esse motivo, está ligado a reitoria para efeito de supervisão e de controle administrativo. No que se refere ao ensino, encontra-se vinculado ao Ministério da Educação, e no âmbito da assistência integra o sistema de saúde (SUS) do estado de Pernambuco.

A instituição apoia o ensino de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde (CCS) e Centro Médico, e atua como hospital escola e centro de pesquisa científica em todas as áreas da saúde. Como hospital universitário está credenciado para atender a média e alta complexidade em: ambulatório, urgência obstétrica, emergência obstétrica, internamento, procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Como integrante do SUS é classificado como Centro de Referência Hospitalar em: Cirurgia Cardíaca, Neurocirurgia, Traumato-Ortopedia, Maternidade de Alto Risco, Transplante Renal, Hemodiálise, Oncologia, Cirurgia Bariátrica, Hemodinâmica, Cirurgia do Aparelho Digestivo, com 100% de suas atividades disponibilizadas para a Rede SUS (EBSERH, [s. d.]).

O hospital escola tem como missão, “prestar serviço de excelência à sociedade nos âmbitos da assistência e do ensino, da pesquisa e da extensão, com o objetivo de avançar nos conhecimentos científicos relacionados à saúde, à promoção e à preservação da vida”. Quanto à visão, “busca ser referência nacional e internacional como hospital público universitário, fortalecendo o Sistema Único de Saúde”. No que diz respeito aos valores, “tem os ideais de legalidade, transparência, humanidade, conhecimento, entusiasmo, comprometimento, profissionalismo, impessoalidade, moralidade e cortesia” (EBSERH, [s. d.]).

O HC passou a ser gerido pela Empresa Brasileira de serviços Hospitalares a partir de dezembro de 2013, passando a ser uma empresa pública de direito privado, sendo legitimada por meio da Lei n. 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Nesse contexto, com um plano de reestruturação foi construído um novo modelo de gestão com excelência na assistência, ensino e pesquisa.

O quadro de pessoal do HC-UFPE é formado por 1237 servidores regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU), 990 servidores públicos da EBSERH em regime de Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), 63 voluntários, 479 terceirizados, 314 residentes da área médica, enfermagem, nutrição e da residência multiprofissional (EBSERH, 2021).

O hospital das clínicas produz mensalmente uma média de 16.419 consultas ambulatoriais, 1.531 internações, 4.577 exames de imagem, 39.950 exames laboratoriais e 922 cirurgias (EBSERH, 2021).

O prédio Central do HC-UFPE tem o formato de H e está dividido em cinco blocos e dispõe de uma área física de 62.000 m<sup>2</sup>, contando com 418 leitos para internamento, conta com uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com 10 leitos, um bloco cirúrgico com 10 salas de cirurgia, centro cirúrgico ambulatorial com quatro salas, centro obstétrico também com quatro salas e centro de hemodiálise com 15 hemodialisadores (EBSERH, 2021).

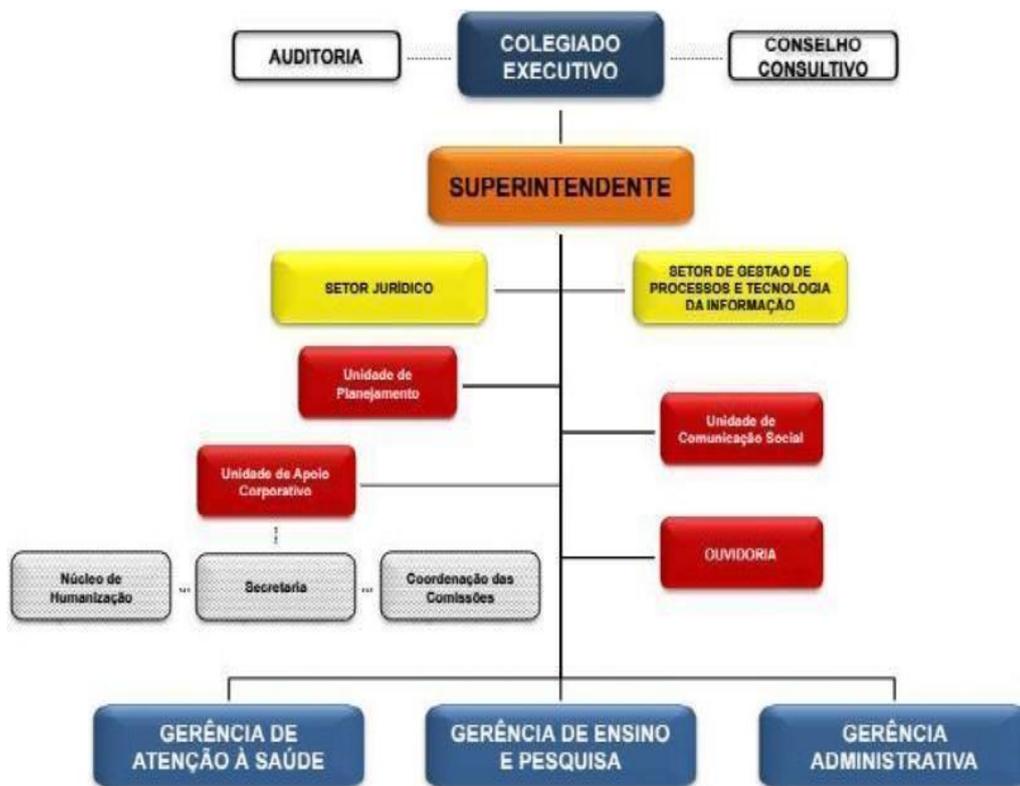
### 2.3.1 A participação da EBSEH no HC: implantando a política nacional de regulação assistencial

A gestão da EBSEH iniciou-se em 2014, quando também se deu o começo da implementação da Política Nacional de Regulação Assistencial, junto ao gestor estadual de saúde, ofertando-se consultas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos ambulatorios e nos leitos, dando início com seis especialidades reguladas: Ginecologia, Obstetrícia, Trauma-Ortopedia, Reumatologia, Oftalmologia E Otorrinolaringologia (PDE HC UFPE).

Nesse contexto de reestruturação o HC, por meio do Setor de Regulação e Avaliação em Saúde (SRAS), estabeleceu uma pactuação com a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE), tendo como responsabilidade, institucionalizar a regulação assistencial intra-hospitalar, visando racionalizar o uso de leitos, consultas, cirurgias, organizar e gerenciar o fluxo de pacientes pelos diferentes serviços que o hospital oferece, integrar o hospital às RAS, assegurando a integralidade do cuidado preconizado pela gestão clínica (EBSEH, 2021).

Na figura 3 é demonstrado a organização institucional do HC, conforme a organização da EBSEH.

**Figura 3** – Organização institucional - Hospital das Clínicas/UFPE



Fonte: EBSEH (2019).

Segundo Lima *et al.* apud Peiter *et al.* (2016, p. 64),

a regulação em saúde do SUS, busca alcançar os objetivos do sistema único, por meio de garantia do direito à saúde, ao acesso com eficiência, eficácia e efetividade, prestação de ações e serviços de saúde com qualidade, atendendo as necessidades da população a partir de recursos disponíveis.

O SRAS no HC, tem uma importante ação transformadora para viabilizar a execução de um conjunto de atribuições que permite o gerenciamento e a implementação de mecanismos de gestão da oferta de atividades com foco no cuidado, bem como instrumentos efetivos de articulação e integração com as RAS.

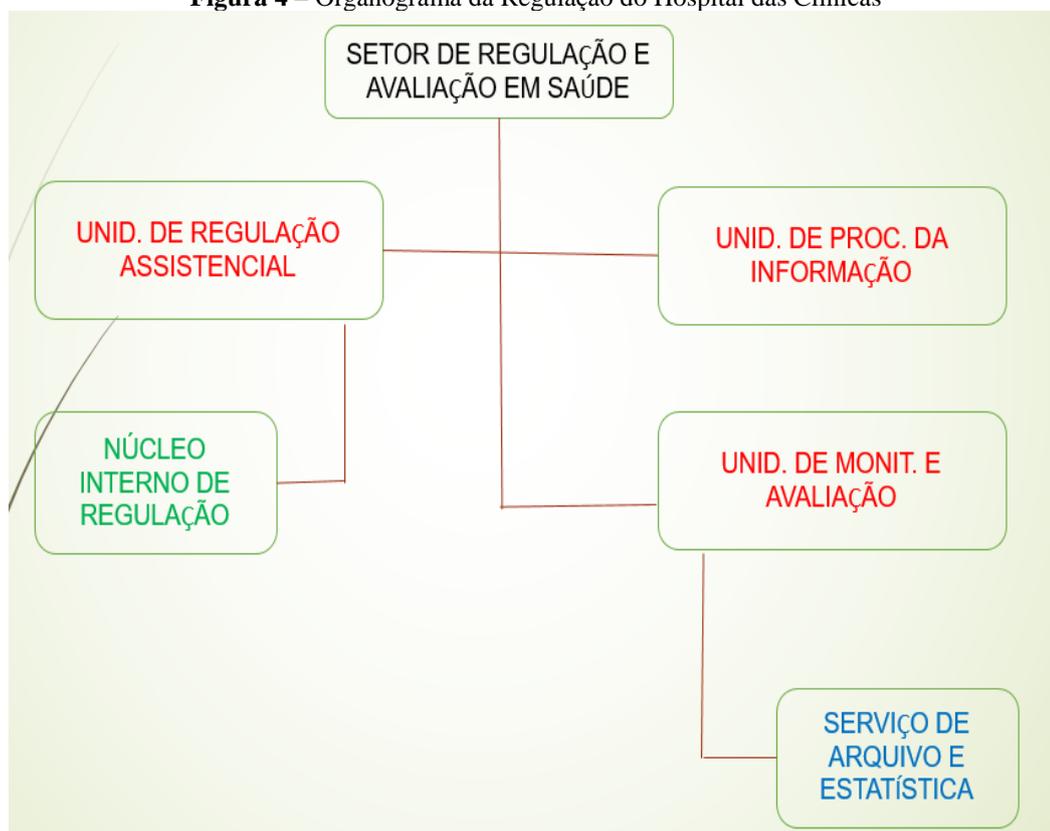
O HC, especificamente o ambulatório de Traumato-Ortopedia, antes da regulação, vivenciava dificuldade de acesso à marcação ao primeiro atendimento, com a precarização dos processos de trabalho, pois os usuários precisavam se deslocar dos seus municípios para tentar sua primeira marcação, e integrando o SUS, atendendo a baixa, média e alta complexidade (fala dos entrevistados).

O atendimento no referido ambulatório, até 2013, se caracterizava por uma indefinição nos processos de trabalho, gerando uma fragmentação nas atividades realizadas, não contemplando de forma sistematizada a portaria 1559/2008 que institui a Política Nacional de

Regulação do SUS. Eles ocorriam com abertura indiscriminada de prontuários, sem a priorização da média e alta complexidade, por meio de uma demanda espontânea; triagem no serviço de Pronto Atendimento (SPA); marcação pelo 0800; agendamento com encaminhamentos de outros serviços e do próprio hospital; Tratamento Fora do Domicílio (TFD), conforme Portaria nº 55 da Secretaria de Assistência à Saúde, encaminhados de outros municípios.

Com a implantação do processo de regulação, a viabilização do acesso dos usuários a este ambulatório ocorreu por meio da disponibilização da secretaria de saúde de consultas nas sub-especialidades: coluna; ombro; mão; quadril; joelho e ortopedia pediátrica. Na figura 4, é possível visualizar o organograma de regulação no HC.

**Figura 4** – Organograma da Regulação do Hospital das Clínicas



Fonte: EBSEH, 2019.

A implantação dessa política foi de grande relevância para o cumprimento da política do SUS, pois enquanto Hospital Universitário integrado ao SUS, com atendimentos oferecidos nas várias especialidades classificadas em média e alta complexidade integrando as RAS e favorecendo a construção das linhas de cuidado para garantir a equidade do acesso e a integralidade da assistência.

Portanto, a regulação como ferramenta de gestão no contexto da saúde no SUS, busca alcançar os objetivos desta política por meio da garantia do direito à saúde com eficiência, eficácia e efetividade na prestação de ações e serviços de saúde com qualidade, atendendo as necessidades da população considerando os recursos disponíveis.

### *2.3.1.1 O HC frente a política de regulação e o ciclo de política públicas*

A política de regulação no HC veio como algo estabelecido pelo Ministério da Saúde e adotada pela EBSEH, órgão administrador desde 2014, sendo repassada para todas as unidades de saúde vinculadas em parcerias com as secretarias de saúde estaduais.

Assim, a EBSEH, recebia as diretrizes de Brasília e repassava para as unidades de saúde sob seu comando em todo o país. Dessa maneira o HC teve nesse momento, seu contato com a referida política. Só pela maneira que o hospital teve contato com a política, nota-se um caráter controlador e estanque, facilmente observado no modelo de implementação *top-down*.

Essa visão vai de acordo com o que destaca Walt apud Lima e D'Ascenzi (2013, p. 103) “pressupõe-se que, uma vez criada a política, conformar-se-ia um processo técnico de implementação”. Fica clara a distinção entre a decisão e sua operacionalização, que possuem arenas e atores distintos”.

Em relação ao HC, esse primeiro contato foi realizado por meios de reuniões de sensibilização com as chefias e por meio de um assessoramento nas áreas administrativo, técnico e assistencial, com o intuito de assessorar a organização dos fluxos e planos de trabalho. Também foi realizado reuniões com os enfermeiros a respeito da operacionalização dos atendimentos regulados. Destaca-se a resistência médica, em aceitar as normatizações da política, sendo necessário a intervenção de enfermeiros, na maioria das vezes.

Nota-se que todas essas reuniões foram no intuito de “manter a política clara, evitar ambiguidades na definição do objetivo, financiamento e das responsabilidades e manter controle efetivo sobre os implementadores. Com isso, os implementadores teriam margem de manobra limitada” (LIMA; D'ASCENZI, 2013, p. 103).

Com a finalização dessas reuniões, que serviram como treinamento da política. O gestor do hospital fez uma nova reunião, dessa vez com os chefes de clínica, para que esses chefes pudessem informar o quantitativo de vagas que cada setor disponibilizaria para a regulação. Abre-se aqui a ressalva, que o gestor não tinha poder hierárquico sobre os chefes das clínicas, por isso, a necessidade de que eles informassem esses quantitativos. Além do que, como chefes

ao informarem esses quantitativos, eles estariam favorecendo a implementação e ajudando a coibir possíveis resistências.

Como destaca Silva e Melo apud Lima; D’Ascenzi (2013, p. 103), essa postura revela, “**ao invés de controle**, autoridade e legitimidade verifica-se ambiguidade de objetivos, **problemas e coordenação** [...], recursos limitados e **informação escassa** (grifo meu)”.

Após a delimitação do número de vagas, estas foram informadas para a Secretaria de Saúde do Estado, que conseqüentemente, distribuiu-as entre os municípios que a compõem. Iniciou-se então o processo, onde o usuário só iria ao ambulatório no dia determinado pela regulação.

No tocante, ao ciclo de políticas a fase que essa política se encontra é de implementação, ou seja, sua quarta fase. Sendo a implementação, como já pontuado, anteriormente, a fase mais complexa, onde a política é colocada em ação.

A implementação de políticas é vista como um processo de interação estratégica entre vários atores com diferentes interesses, sendo comparada a um jogo, no qual as relações se entrelaçam, envolvendo uma grande quantidade de jogadores, com suas estratégias e táticas, com variados graus de incertezas (DALFIOR; LIMA; ANDRADE, 2015, p. 216).

Assim, a implementação da política corresponde a força de trabalho dos burocratas e da base legal dos instrumentos da ação do Estado. Pautando-se nos objetivos pré-estabelecidos, se propõe a examinar o processo de implementação de cima para baixo, esse é o momento das traduções das decisões políticas em prática e entrega dos serviços à população. Observando-se uma divisão clara entre formulação e implementação dessa política. Salienta-se ainda, que a implementação de uma política de saúde requer a sua interpretação em uma política institucional, consagrada como resposta social.

### 3 METODOLOGIA

A metodologia adotada teve por finalidade conceder ao pesquisador uma visão ampliada com sucessivas aproximações dos fatores que envolvem o problema em questão, permitindo o esclarecimento dos fatos, por meio de procedimentos sistematizados (GIL, 2008).

A pesquisa descritiva relata as características de uma determinada população ou fenômeno ou proposição de relação entre as variáveis (SILVA; MENEZES (2000) apud MAXUELL [s. d.].

Com o mesmo pensamento, Mattar (1999) apud Maxuell ([s. d.], p. 49)

[...] afirma a inter-relação com o problema de pesquisa, ao ressaltar que essa metodologia deve ocorrer quando o objeto do estudo for descrever as características de grupos, estimar a proporção de elementos que tenham características e comportamentos determinados, dentro de uma população específica, descobrir ou averiguar a existência de relações entre as variáveis.

Este estudo adotou aspectos quantitativos e qualitativos.

O estudo quantitativo, pautado em estatística descritiva, foi desenvolvido com base em banco de dados primário do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia de Informação do HC-UFPE.

O banco de dados secundário foi constituído a partir de informações acessadas no Setor de Gestão de Processos e Tecnologia de Informação do Hospital das Clínicas da UFPE, referentes aos atendimentos realizados nas dependências da Unidade Hospitalar no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia no período de 2006 a 2018, os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, cujos achados consideraram as seguintes variáveis:

**Tabela 1** – Variáveis analisadas

Variável	Descrição
1. Número de consulta consultas realizadas no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia de 2006 a 2018	Consultas realizadas no ambulatório Traumatologia-Ortopedia no período de 2006 a 2018
2. Média Mensal das consultas do ambulatório de Traumatologia-Ortopedia (HC-UFPE)	Antes e após a regulação-
3. Consultas Reguladas (S4)	Consultas que passaram pelo processo de regulação (S4)
4. Faixa Etária	Distribuição dos atendimentos no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia segundo faixa etária
5. Consultas reguladas e não reguladas	Distribuição dos atendimentos no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia de acordo com o tipo de consulta
6. Raça	Distribuição dos atendimentos no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia de acordo com a raça
7. Sexo	Distribuição dos atendimentos no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia de acordo com o sexo
8. Grau de Instrução	Distribuição no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia de acordo com o grau de Instrução

Fonte: Autora, 2021.

Para verificar o possível efeito da regulação na quantidade de consultas, será realizado um teste-t para amostras independentes, comparando a média antes e depois do início da implementação da Política de Regulação. O teste-t, por meio do teste de hipótese, rejeita ou afirma se as diferenças das médias são ou não estatisticamente significativas.

Por sua vez, para o estudo qualitativo foram realizadas três entrevistas semiestruturadas junto aos burocratas de médio escalão (profissionais que exerceram cargos de gerência), durante o período da implementação da Política de Regulação do Hospital das Clínicas, que foi instituída a partir de 2014, e, nesse estudo será analisada até 2018. Vale salientar, que as entrevistas foram desenvolvidas de forma remota devido o distanciamento social, tendo em vista a pandemia do Covid-19. As respostas a essas entrevistadas foram transcritas e categorizadas em grupos, pautando-se na análise de conteúdo de Bardin.

### **3.1 Tipo de estudo**

Esse trabalho pautou-se em um estudo de caso, visando à análise de implementação da Política de Regulação do acesso ao ambulatório de Traumatologia-Ortopedia, no período de 2014 a 2018. O estudo de caso representa uma investigação empírica, compreendendo uma lógica de planejamento da coleta e de análise dos dados. Esta metodologia pode conter tanto estudo de caso único, quanto estudo de caso múltiplo (YIN, 2001).

De acordo com Gil (2008), a técnica metodológica de estudo de caso pode ser caracterizada como um estudo profundo dos objetos, visando permitir o seu conhecimento de maneira ampla e detalhada. Dessa forma, o estudo de caso permite a investigação do objeto de estudo, dentro do seu contexto de realidade quando as fronteiras entre o fenômeno e o objeto de estudo não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência.

Para Yin (2001, p. 33), como estratégia de pesquisa o estudo de caso é um “método de pesquisa que compreende de maneira ampla, distintas abordagens de coleta e análise de dados”. Esse estudo se enquadra como de caso único, também chamado de típico que tem por objetivo captar as circunstâncias comuns, sendo que as lições aprendidas com tais casos, podem fornecer importantes informações. Nesse caso, justifica-se o trabalho ao utilizar o Hospital das Clínicas – UFPE, por se tratar de média e alta complexidade, integrado ao SUS, o que requer a regulação de consultas. A produção hospitalar é de aproximadamente 5.600 consultas ambulatoriais por mês, elucidando a necessidade da política regulatória.

A escolha por estudo de caso se deu em virtude, da área de atuação da pesquisadora, sobretudo, em virtude, de sua formação *stricto sensu*, ser um curso de mestrado profissional,

onde espera-se unir o conhecimento acadêmico com as vivências do ambiente de trabalho. Assim, esse trabalho surge como uma resposta a um dilema que era vivenciado em seu setor de trabalho (a implementação da PNR) que apresentava resistência por diversos atores envolvidos no processo.

Optou-se por pesquisa quantitativa em virtude de seu caráter social “que utiliza a quantificação nas modalidades de coleta de dados, bem como no seu tratamento, por meio de procedimentos estatísticos, como percentual, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outros” (MICHEL, 2005).

Na abordagem qualitativa ocorre à busca da compreensão de um fenômeno específico em profundidade, diferentemente de estatísticas, regras ou outras generalizações, esse tipo de estudo trabalha com descrições, comparações e interpretações, sem restrições como certo ou errado.

Segundo Godoy (1995), na perspectiva qualitativa, um fenômeno pode ser mais bem compreendido no contexto em que ocorre e do qual é parte, devendo ser analisado numa perspectiva integrada.

Adotando uma abordagem qualitativa, nessa perspectiva a técnica de análise de dados escolhida foi a Análise de Conteúdo (AC) de Bardin, (2011, p.38) “que consiste no uso de várias técnicas com as quais se busca descrever conteúdo emitido no processo de comunicação, por meio de falas ou textos”. Desta maneira, a técnica se compõe por procedimentos sistemáticos que propiciam o levantamento de indicadores, quantitativos ou não, permitindo a realização de inferências.

Como método a AC organiza e analisa os dados, se apropriando das vivências e das percepções do sujeito. Está dividida em três fases: pré-análise, codificação e categorização.

Na primeira fase, se procura tornar operacional o material coletado, catalogando documentos e realizando leitura dos mesmos. Corresponde ao momento em que se começa a conhecer o texto, selecionando os documentos, marcando o que será analisado, partindo para a formulação de hipóteses e dos objetivos, e por fim, determinando os indicadores por meio de recortes de texto nos documentos analisados (BARDIN, 2011).

A seguir, a segunda etapa é representada pela codificação, de acordo com a unidade de registro escolhida, pautado na unidade de contexto, nesta fase ocorre o aprofundamento do estudo dos dados.

De acordo com Bardin (2011) apud Mozzato; Grzybovski (2011, p. 735), a categorização (terceira etapa) é uma operação “de classificação dos elementos constitutivos de

um conjunto por diferenciação e seguido por reagrupamento segundo o gênero de critérios previamente definidos”.

Para o tratamento dos resultados, utiliza-se a interpretação e inferência. Vale salientar que na interpretação dos dados da pesquisa e como modelo de análise de implementação apresentada nesse estudo, será utilizado o *top-down*, que compreende o processo de implementação de uma política como algo estanque, rígida e que permite um maior controle do processo (LOTTA, 2010; LIMA; D’ ASCENZI, 2013).

Nessa pesquisa, utilizando a técnica AC submetemos os dados primários decorrentes das entrevistas semiestruturadas, com perguntas orientadoras, cujo texto foi submetido a operações classificatórias, em busca de correlação e repetição de discursos semelhantes, identificando as categorias básicas na fala dos entrevistados, buscando a realização de inferências, pautadas na referência teórica de AC (BARDIN, 2011).

Salienta-se que não foi necessário fazer a codificação, uma vez que, todas as entrevistas apresentaram os temas principais da categorização em suas respostas. Desta maneira, buscou-se nas respostas dos entrevistados a identificação de entraves surgidos no processo de implementação da regulação do acesso no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia.

### **3.2 População-alvo do estudo**

Para o estudo qualitativo a população do estudo foi composta pelos três gestores responsáveis pela regulação do acesso à assistência à saúde no âmbito do HC-UFPE. Essa escolha se justifica por representar o segmento que melhor expressa as variáveis de interesse do estudo em questão. Desta maneira, participaram desse estudo todos os informantes-chaves que gerenciaram o processo de regulação do Hospital das Clínicas.

Para o estudo quantitativo, usaram-se planilhas de consolidação dos atendimentos do ambulatório de Traumatologia-Ortopedia, fornecida pelo do setor de estatísticas do Hospital das Clínicas do período de 2006 a 2018. A coleta dos dados se deu de novembro de 2019 a junho de 2020.

### **3.3 Amostra**

A amostra do estudo quantitativo foi estabelecida pelo atendimento de todos os pacientes cadastrados no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia no período de 2014 a 2018 totalizando 97.741 atendimentos. Critérios de inclusão: gestores que participaram da

implantação da regulação do Hospital das Clínicas e o cadastro de todos os pacientes atendidos no período de 2006 a 2018.

### **3.4 Procedimentos éticos**

Quanto aos aspectos éticos esse estudo seguiu todos os elementos da normativa do Conselho Nacional de Saúde (CNS) expressos na Resolução n. 466/2012, no que se refere aos cuidados éticos para pesquisa envolvendo seres humanos. Foi solicitada carta de anuência do Serviço Médico de Estatística para coleta de dados nos prontuários, à superintendência, gestores da unidade de regulação e do ambulatório de Traumato-Ortopedia, para a realização de entrevista com os profissionais. Esses declararam anuência como Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que lhes foi explicado. A pesquisa só iniciou após a aprovação do comitê de ética do Hospital das Clínicas, parecer consubstanciado n. 3.909.405, que se encontra em anexo.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

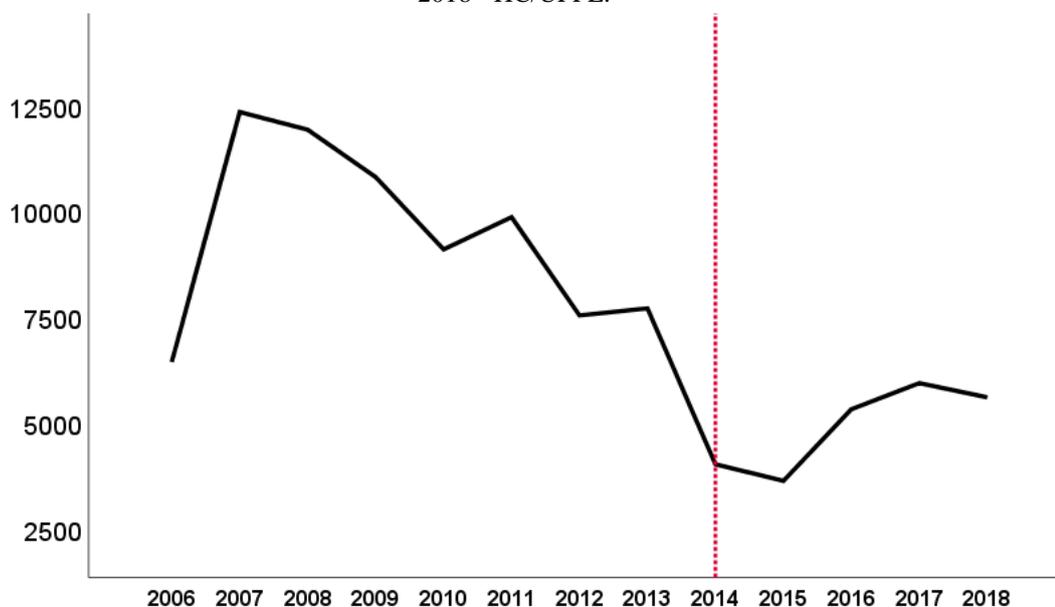
### 4.1 Etapa quantitativa

Com a implantação da Portaria n. 15559/2008/MS, em janeiro de 2014 no Hospital das Clínicas pela EBSEH, observou-se um atraso de quase seis anos para operacionalização da regulação, caracterizando o descumprimento das ações legais.

A implementação do processo de regulação dos atendimentos no HC-UFPE a partir 2014, baseou-se nos objetivos da Política Nacional de Regulação do acesso, com a estruturação dos processos de trabalho, monitoramento, controle e avaliação.

Pode-se observar que há uma tendência na redução do número de consultas, sendo em 2014 e 2015 os anos com menor número de atendimentos ambulatoriais. Em 2014, foi implementado o processo de regulação dos atendimentos no HC, o que pode ter influenciado no resultado. Do mesmo modo, em 2012 ocorreu uma greve no Hospital, o que também pode ter impactado no número de atendimentos daquele ano. É possível ver essa variação na figura 5 a seguir.

**Figura 5** – Distribuição das consultas realizadas no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia no período de 2006 a 2018 - HC/UFPE.



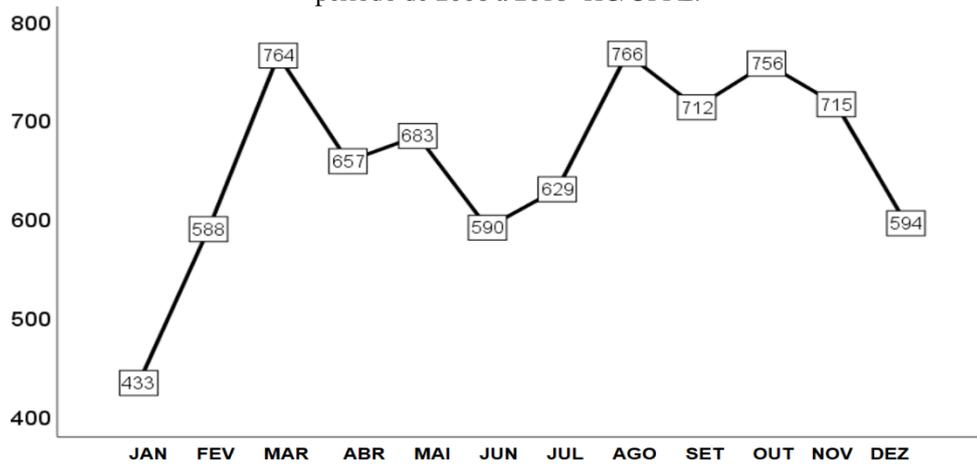
Fonte: Extraído pela autora, 2021.

De acordo com Shilling *et al.* (2006), as ações de regulação dirigem, ajustam ou limitam determinados processos, por meio de Leis, normas ou regras, com possível efeito na redução

do número de atendimentos, tendo em vista os encaminhamentos das unidades básicas de saúde aos serviços especializados baseados em protocolos pré-estabelecidos.

Quando observado a média dos atendimentos do ambulatório mês a mês, podem-se visualizar os meses com maior e menor quantidade de atendimentos, conforme é visto na figura 6.

**Figura 6**– Distribuição das médias de consultas realizadas mês a mês no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia no período de 2006 a 2018- HC/UFPE.



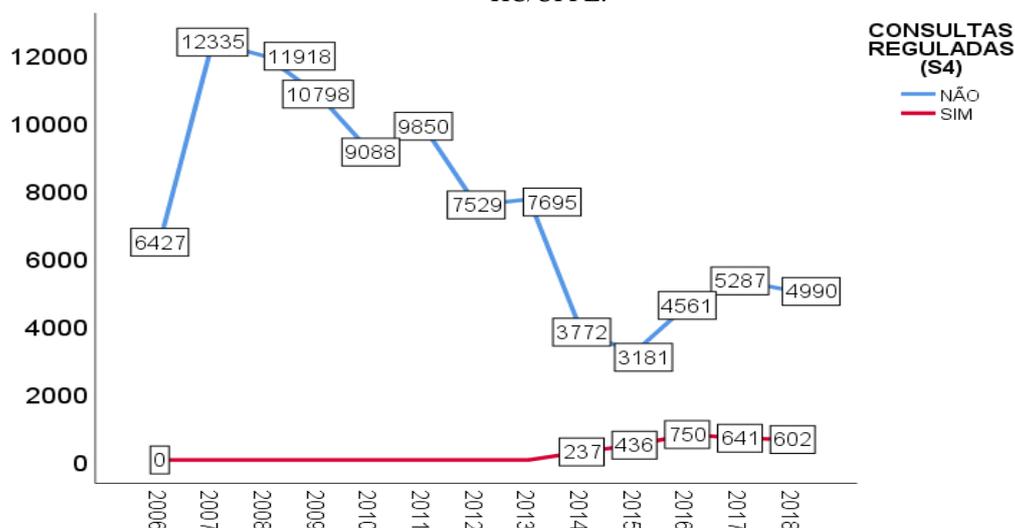
Fonte: Extraído pela autora, 2021.

Observou-se, que os meses de agosto (766 atendimentos) e março (764 atendimentos) foram os que tiveram uma maior média de consulta. Em contrapartida, os meses de janeiro (433 atendimentos), fevereiro (588 atendimentos), junho (590 atendimentos) e dezembro (594 atendimentos) apresentaram os menores índices de consultas. Ou seja, nos meses após o tradicional período letivo de férias, a média de consultas aumenta.

Em janeiro de 2014, com a implementação do processo de regulação no HC foi observado dois tipos de consultas: as que seguiram o processo de regulação (S4) e as que não seguiram, denominadas S2 e S3. A meta principal era que todas as primeiras consultas passassem pela regulação. Como podemos observar isso não se concretizou. Na figura 7, é possível visualizar a distribuição de consultas do ambulatório de Traumatologia-Ortopedia no período de 2006 a 2018, período anterior a implementação da política.

As consultas que não foram reguladas significam a volta de pacientes inseridos antes da regulação, que necessitam de medicamentos ou que estão à espera de cirurgias, órteses e próteses.

**Figura 7** – Distribuição das consultas do ambulatório de traumatologia-ortopedia no período de 2006 a 2018 - HC/UFPE.



Fonte: Extraído pela autora, 2021.

Observa-se que, no ano de 2014, com o início da PNR tivemos uma demanda de 3.772 atendimentos, como consultas não reguladas. Enquanto que os atendimentos regulados, 237 atendimentos, representam 6,28% do total de consultas desse ano. Também podemos analisar que o ano com o maior número de consultas reguladas foi 2016, com 750 atendimentos, mesmo assim, essas consultas só representam 16,44% de todas as consultas realizadas no ano em questão.

Por meio dessa figura, também é possível inferir que no período inferior a PNR, se caracterizava por um atendimento não sistematizado, com abertura indiscriminada de prontuários, atendendo a uma demanda espontânea. Apesar do Hospital das Clínicas ser uma instituição de ensino público federal e integrante do SUS, não faz parte de sua missão atendimentos a uma demanda espontânea, por ser um serviço especializado destinado ao atendimento de média e alta complexidade, no entanto esses atendimentos não sistematizados ocorreram regularmente, mesmo na vigência da portaria 1559/2008/MS, o que como pontuado anteriormente, significa a fila de espera para os serviços do dado ambulatório. Tal fila de espera é devido à falta de outra política pública, que não é o foco desse trabalho, e, por isso, não será aqui abordada.

Nesse contexto a política de regulação do acesso à assistência, necessita ser avaliada pelos órgãos competentes, de maneira a resgatar o cumprimento dos princípios do SUS e da portaria 1559/2008, no que se refere ao acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde de que necessitam.

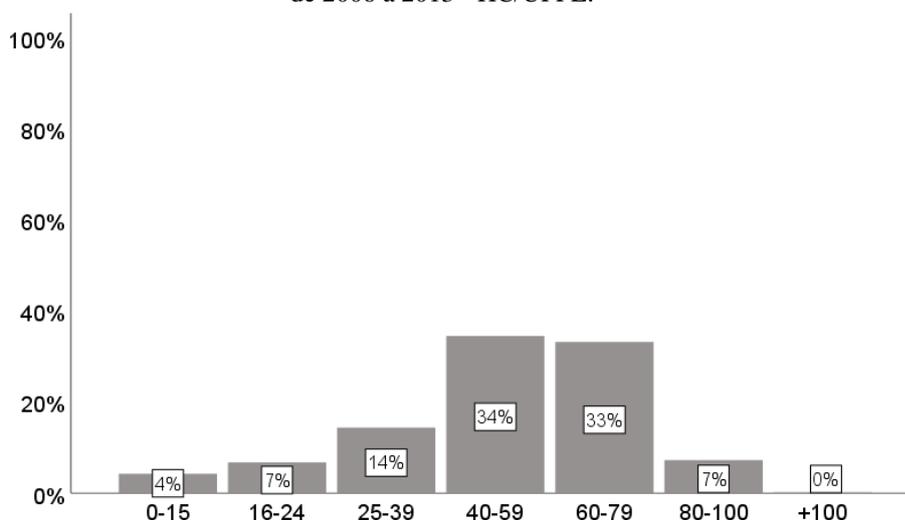
A meta principal para a implementação do processo de regulação, era que todas as novas consultas fossem reguladas, todavia isso não ocorreu. As vagas disponibilizadas dependiam da adesão de cada chefe de serviço a PNR instituída no HC.

Por se tratar de atendimentos, deve-se levar em conta o tempo mínimo de uma consulta, todavia este é considerado um tema controverso, o Conselho Federal de Medicina determina que o médico deve dispor do tempo necessário para a perfeita execução de todas as modalidades de atendimento. Os médicos devem ter uma visão holística que possam seguir todas as etapas necessárias para desempenhar sua função com maestria, oferecendo o melhor para seus pacientes.

Mesmo assim, Prado (1198), no Manual de auditoria da Atenção básica do Ministério da Saúde sugere que a duração de uma consulta seja de quinze minutos, o que costuma servir como referência para rede pública.

Em relação à idade dos pacientes atendidos no período de 2006 a 2013, observa-se que a maioria das pessoas estavam na faixa etária entre 40 e 59 anos (34%). Em seguida, os pacientes com idade entre 60 e 79 anos (33%), os pacientes entre 25 e 39 anos (14%), os com a faixa etária de 80 a 100 anos (7%), com a faixa etária de 16 e 24 anos (7%), e por fim, os com as faixas etárias de menor atendimento, estavam os de 0 e 15 anos (4%) e os centenários (0%), respectivamente (Figura 8).

**Figura 8** - Distribuição dos atendimentos de Traumatologia-Ortopedia dos usuários segundo faixa etária no período de 2006 a 2013 - HC/UFPE.

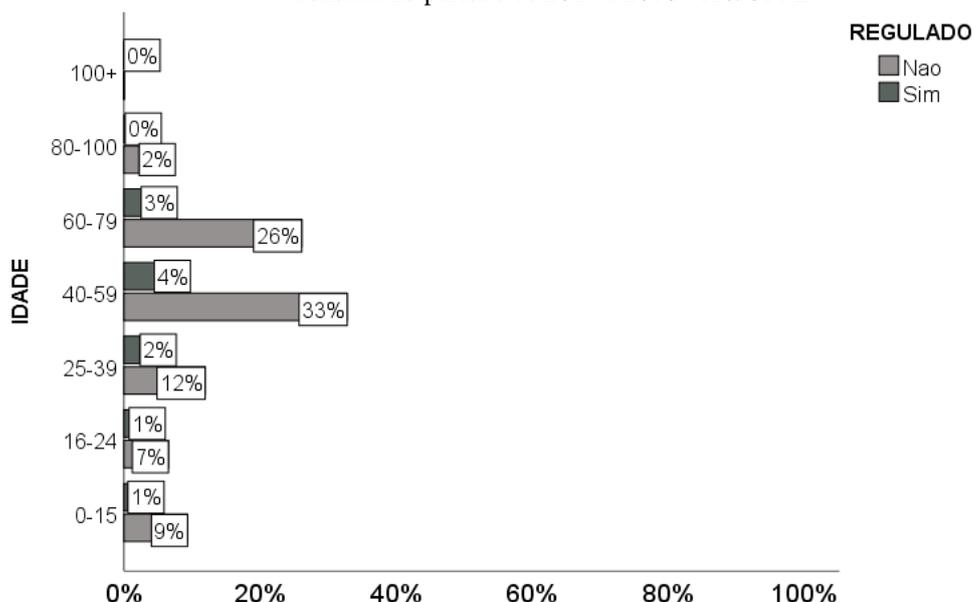


Fonte: Extraído pela autora, 2021.

Ao analisar os anos de 2014 após a implantação da regulação, observa-se que em todos os grupos etários a maioria das consultas ocorreu sem regulação conforme é visto na figura 9.

Dos 33% das consultas, com pacientes entre 40 e 59 anos, apenas 4% das consultas foram de pacientes que passaram pela regulação. Dos 28%, entre 60 e 79 anos, 3% das consultas foram reguladas, dos 12% entre a faixa etária de 25 e 39 anos, 2% passaram pela regulação e nas outras faixas etárias, o percentual de consultas reguladas cai para menos de 1%.

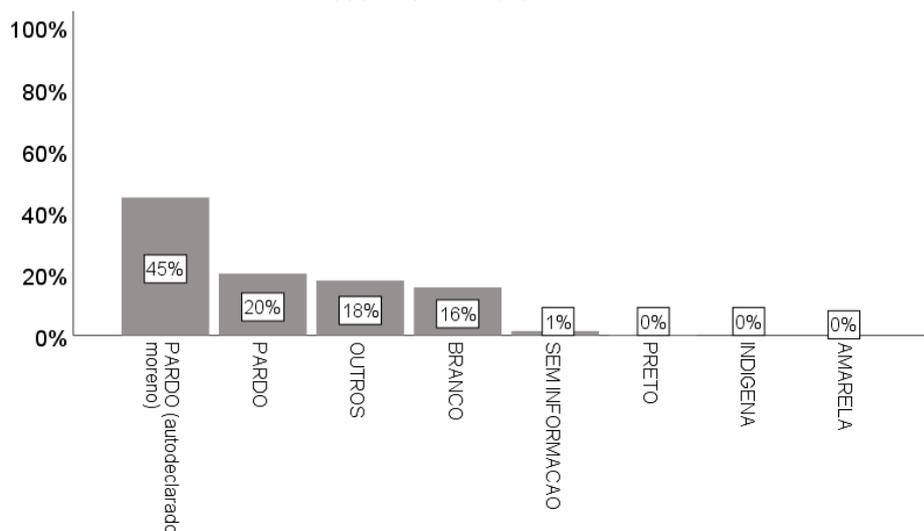
**Figura 9** – Distribuição dos atendimentos de Traumatologia-Ortopedia dos usuários segundo faixa etária e tipo de consulta no período de 2014 a 2018 - HC/UFPE.



Fonte: Extraído pela autora, 2021.

No tocante a raça dos pacientes atendidos em consultas no período de 2006 a 2013, como é visto na figura 10, mais da metade (65%) se declararam como moreno ou pardo, e (16%) se autodeclararam brancos, e apenas (0,16%) se declararam pretas, (0,%) se autodeclararam como indígenas ou amarelos, quase (20%) se declararam como de outra raça.

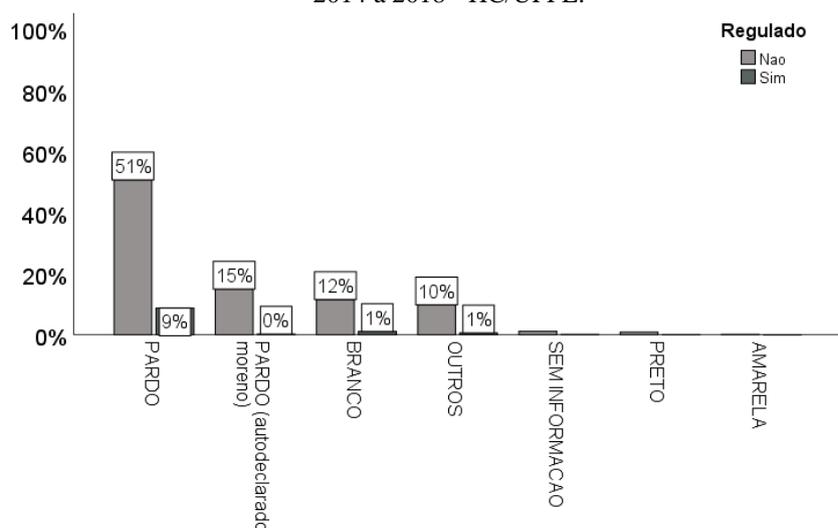
**Figura 10** – Distribuição dos atendimentos de Traumato-Ortopedia dos usuários segundo raça no período de 2006 a 2013 - HC/UFPE.



Fonte: Extraído pela autora, 2021.

Em relação à raça dos pacientes que passaram por consultas no período de 2014 até 2018, 51% dos que se declararam como pardos passaram por consultas não reguladas e 9% tiveram consultas pela regulação. Dos que se declararam como moreno, 15% tiveram atendimentos não regulados. Já 12% que se declararam brancos, tiveram consultas não reguladas em detrimento, de 1% dos brancos que tiveram. Os declarados pretos e amarelos não chegam a 2% do total. No gráfico 11 é possível visualizar essas informações.

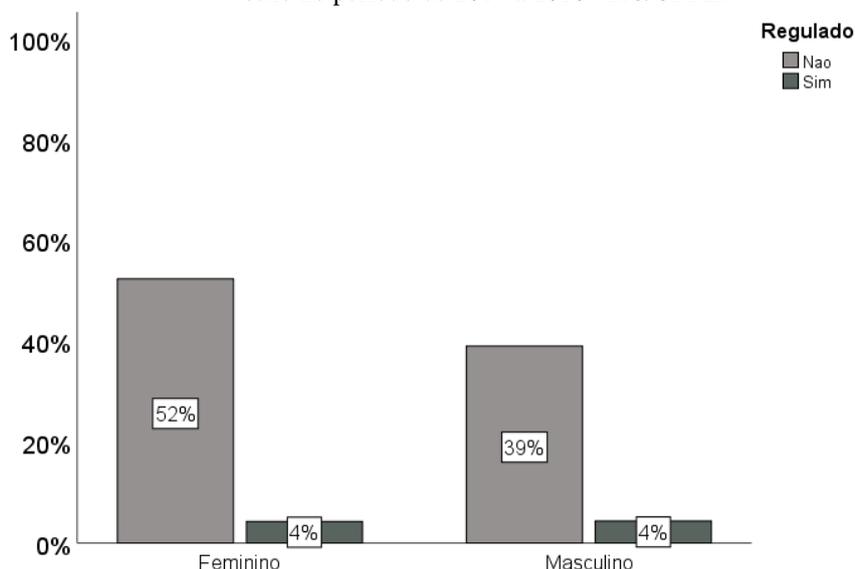
**Figura 11** – Distribuição dos atendimentos de Traumato-Ortopedia dos usuários segundo raça no período de 2014 a 2018 - HC/UFPE.



Fonte: Extraído pela autora, 2021.

Em relação ao sexo, 52% dos pacientes consultados entre 2014 a 2018 são do sexo feminino, enquanto 39% dos pacientes são do sexo masculino, apresentando um percentual de 4% de atendimentos regulados em ambos os sexos.

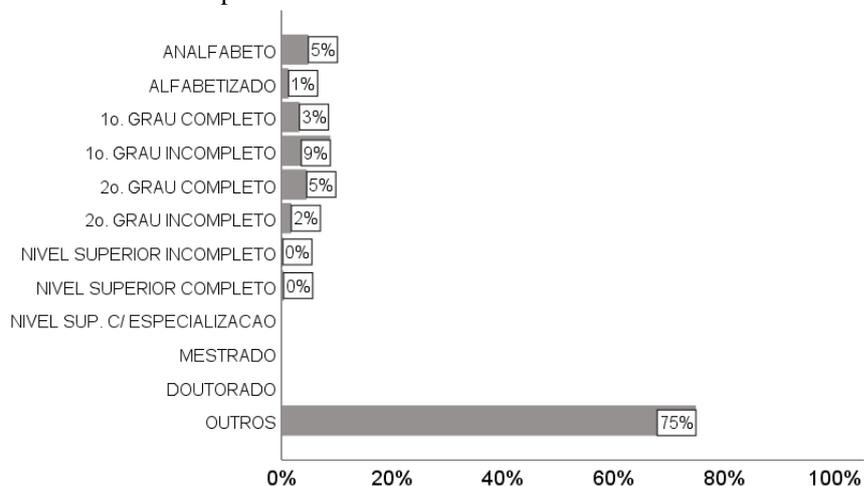
**Figura 12** – Distribuição dos atendimentos por tipo de consulta de Traumatologia-Ortopedia dos usuários segundo sexo no período de 2014 a 2018 - HC/UFPE.



Fonte: Extraído pela autora, 2021.

Em relação ao grau de instrução dos pacientes tratados no período de 2006 a 2013 (figura 13), 75%, sendo considerada a maioria, não informaram. Já 9% possuem o Ensino Fundamental incompleto, seguido por 5% de analfabetos e apenas 5% já tinham concluído o Ensino Médio.

**Figura 13** – Distribuição dos atendimentos de Traumatologia-Ortopedia dos usuários segundo o grau de instrução no período de 2006 a 2013 - HC/UFPE.

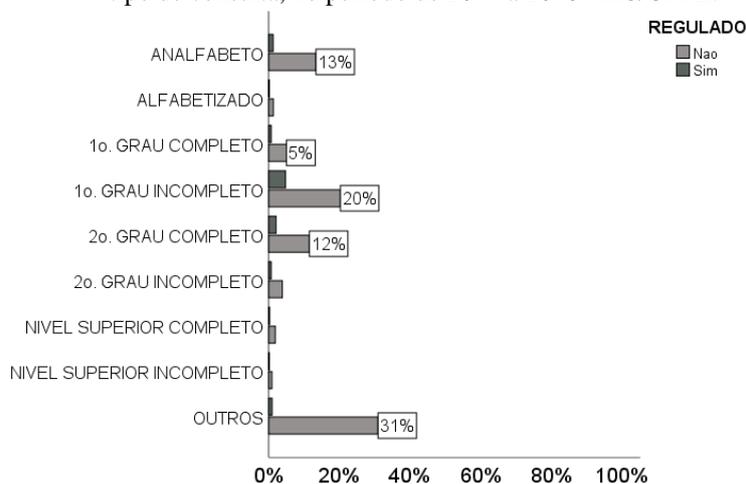


Fonte: Extraído pela autora, 2021.

No período 2014-2018, a maioria (31%) dos pacientes estavam classificados como ‘outros’. Dos que não concluíram o Ensino Fundamental, a maioria foi em consultas não reguladas (20%). O percentual de analfabetos neste período foi bem maior (13%) do que no período de 2006 a 2013, que foi de (5%). Também foi observado um maior percentual de atendimentos não regulados

Em todos os graus de instrução. Esses números estão disponíveis na figura 14, que mostra a distribuição dos atendimentos de Traumatologia-Ortopedia dos usuários, segundo grau de instrução por tipo de consulta nesse período.

**Figura 14** – Distribuição dos atendimentos de Traumatologia-Ortopedia dos usuários, segundo grau de instrução por tipo de consulta, no período de 2014 a 2018 - HC/UFPE.



Fonte: Extraído pela autora, 2021.

Sobre a média de consultas antes e depois da regulação, na tabela 2, foi possível verificar os valores médios e o seu percentual de erro.

**Tabela 2** – Média das consultas antes e depois da regulação

	Regulação	n	Média	Erro	Erro padrão da média
<b>Consultas</b>	Não	8	9.455,00	2152,44	761,00
	Sim	5	4.358,20	870,69	389,38

Fonte: Extraído pela autora, 2021.

É possível verificar que antes da implementação da regulação, a média de consultas realizadas foi de 9.455 por ano. Após a política de regulação, as médias de consultas reduziram para 4.358 consultas.

Considerando os resultados e discussão dessa etapa, será apresentado o teste T que representará de forma expressiva as semelhanças. Foi realizado um teste de amostra independente, para avaliar as variações iguais assumidas e variações iguais não assumidas, através do método do Teste de Levene.

**Tabela 3** - Teste de amostras independentes

	Teste de Levene		Teste-t para Igualdade de Médias						
	Z	Sig	t	df	P-valor	Dif. média	Erro padrão de diferença	95% I.C	
								Inf	Sup
Variâncias iguais assumidas	4,855	0,05	4,97	11	0,000	5096,8	1023,6	2843,8	7349,8
Variâncias iguais não assumidas		0	5,96	9,951	0,000	5096,8	854,8	3190,8	7002,8

Fonte: Extraído pela autora, 2021.

Os resultados do teste de Levene mostram que devemos assumir que as variâncias entre os dois grupos não são homogêneas ( $p$ -valor  $< 0,05$ ). Desse modo, analisa-se a segunda linha da tabela. Com isso, observa-se que o teste-t aponta para uma diferença significativa entre as médias dos dois períodos.

Baseados nos dados apresentados nessa pesquisa, podemos concluir que após 2014 ocorreu uma redução no número de consultas no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia do HC-UFPE, entretanto, um baixo número de consultas realizadas por meio da política de regulação. Isso mostra que algumas consultas também foram em suas maiorias não reguladas, significando que a maioria dessas consultas se destinaram a pacientes anteriores à regulação, que necessitavam retornar ao ambulatório por motivos diversos.

## 4.2 Etapa qualitativa

No quadro 3, são apresentadas as perguntas e as categorias extraídas do discurso dos entrevistados. Responderam as entrevistas um médico, um enfermeiro, e uma enfermeira, sendo todos gestores de setores importantes na implementação da regulação no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia.

**Quadro 3** - Apresenta as categorias que emergiram dos discursos dos entrevistados segundo as perguntas.

Perguntas	Categoria
1 - Qual a sua percepção quanto ao acesso e atendimentos dos pacientes no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia antes da regulação?	Dificuldade de acesso da população a marcação da primeira consulta
2. De acordo com sua percepção depois da implantação da regulação, quais foram os desafios encontrados e quais as conquistas?	Conquistas: Responsabilidade da secretaria pela marcação de primeira consulta,  Desafios: Dificuldade do acesso à marcação da primeira consulta por entrar em uma fila virtual
3 - Qual a sua percepção sobre as mudanças ocorridas no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia após a regulação? Relate estas mudanças.	Organização do processo de trabalho Desconhecimento do que é regulação
4 - Como os Recursos financeiros são utilizados no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia?	Dificuldade de gerenciar a descentralização orçamentária por unidades
5 - Qual a sua percepção quanto ao acesso e atendimentos dos pacientes no HC da UFPE antes da regulação?	Dificuldade de acesso da população a marcação da primeira consulta Dificuldade do acesso à saúde por entrar em uma fila virtual
6 - Do ponto de vista institucional, como você percebeu essa regulação do acesso dos pacientes ao HC/UFPE? Como foi essa implantação?	Responsabilidade da secretaria pela marcação de primeira consulta Organização do processo de trabalho Dificuldade de gerenciar a descentralização orçamentária por unidade

Fonte: Extraído pela autora, 2021.

No que diz respeito à percepção dos entrevistados sobre o acesso dos usuários ao ambulatório de Traumatologia-Ortopedia antes da regulação, os mesmos colocaram a grandes dificuldades para marcar as consultas do qual emergiu a **primeira categoria**: “Dificuldade de acesso da população a marcação da primeira consulta” e após a implantação foi percebido que

as dificuldades continuaram de maneira diferente, embora tenha sido colocado como ponto positivo à marcação da primeira consulta pela secretaria, para a população as dificuldades ao acesso permanecia, pois agora eles entravam em uma fila virtual. Emergindo a **segunda categoria**: “Dificuldade do acesso à marcação da primeira consulta por entrar em uma fila virtual”.

Para os usuários que conseguiram a primeira consulta houve uma melhora, pois, as consultas subsequentes eram marcadas pelo profissional que fez o seu atendimento, então o fluxo das consultas subsequentes melhorou significativamente emergindo a **terceira categoria**: “Organização do processo de trabalho”. Porém a resistência em liberar as consultas para a secretaria administrar por desconhecimento do que é regulação ocorreu muito devagar emergindo a **quarta categoria**: “Desconhecimento do que é regulação”.

Em relação ao recurso financeiro os entrevistados responderam que são utilizados buscando atender as necessidades do ambulatório, de acordo com sua capacidade instalada para atendimento de consultas, internamentos e cirurgias emergindo a **quinta categoria**: “Dificuldade de gerenciar a descentralização orçamentária por unidades”.

A categoria que emergiu das falas dos entrevistados “Dificuldade de acesso à marcação da primeira consulta” nos inquieta pelo desrespeito com o SUS que foi criado com a finalidade de garantir as ações de promoção, proteção, e recuperação da saúde individual e coletiva, fundamentado na Lei n. 8080, e a Lei n. 8142 de 1990, que regulamenta a participação da sociedade e a transferência intergovernamentais de recursos (BRASIL, 1988).

Os usuários não estão sendo atendidos adequadamente nas suas localidades, pois muitas vezes entram numa fila de espera por um período longo persistindo à dificuldade ao acesso.

O SUS se fundamenta nos princípios doutrinários da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde, Diretrizes Estratégicas de Descentralização de Gestão de Recursos, Regionalização e Hierarquização das Unidades de Produção de Serviços e Controle Social (BRASIL, 1988).

Com a negação de um acesso equânime, integral e qualificado aos pacientes, caracterizando ausência do papel do Estado e o descumprimento da Portaria do MS 1559/2008. Como observado o descumprimento nas falas dos entrevistados:

Os pacientes vinham diretamente ao hospital várias vezes, de lugares distantes tentar uma marcação que nem sempre conseguiam, (J1) [...] os atendimentos não eram sistematizados, nem encaminhados através da rede e fluxos assistenciais do SUS (E1), o hospital de especialidades atendia a baixa, média e alta complexidade. (F1).

Em relação à regulação a mesma teve sua fundamentação no artigo 197, da Constituição Brasileira de 1988, cabendo ao poder público dispor sobre a regulamentação, fiscalização e controle visto que os serviços de saúde têm relevância pública, ficando notório que o papel da regulação do sistema de saúde pertence exclusivamente ao Estado. Esta finalidade foi reforçada pela lei orgânica da saúde de 1990, que institui a definição das instâncias e atribuição comum da união, estados e municípios (BRASIL, 1990).

Dezoito anos depois foi estabelecido o Pacto pela Saúde onde normatizou-se a regulação, o apoio matricial e as linhas de cuidado, como alternativa para articular a gestão do sistema e a produção da assistência. Sendo legitimado em 2008 com a publicação da portaria ministerial que instituiu a Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008).

Essa política usa o termo regulação assistencial, que exigiu dos estados e municípios, tanto para a organização dos fluxos de referência e contra referência como a intermediação do acesso dos usuários aos serviços de saúde, substituindo desta forma as propostas, de implantação das centrais de controle de leitos, consultas e exames, surgidos desde a Norma Operacional Básica de 1993 (FEITOSA, 2014).

A política de regulação instituída pela Portaria 1559/2008, está fundamentada nos princípios e diretrizes que busca garantir a organização das redes e fluxos assistenciais, promovendo o acesso equânime, integral e qualificado da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2016).

Esta política compreende três dimensões: Regulação sobre Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde; Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2008).

Uma vaga regulada compreende um serviço de especialidades fornecida pelos hospitais ou clínicas e informadas na Secretaria de Saúde para distribuição entre os municípios que compõem o Estado. Esses municípios, por sua vez, farão a distribuição entre as unidades de saúde, que encaminharão aos serviços, obedecendo o protocolo pré-estabelecido, como mencionado anteriormente na figura 1.

Apesar de toda essa organização a regulação foi mal interpretada pelos usuários e por alguns profissionais de saúde por desconhecerem os seus princípios levando a não confiar no sistema e isso se observa nas falas:

A partir do momento em que o atendimento é regulado, o usuário pode agendar seu atendimento na Unidade de Saúde mais próxima de sua residência, sem a necessidade de comparecer ao hospital apenas para marcar seu atendimento. Por outro lado, sabemos que esse processo não é fácil, o usuário entra em uma fila de espera, composta por usuários de outros Municípios. Muitos relatam que passam de meses ou até anos aguardando a vaga regulada... (E2).

Desconstruir junto ao paciente a ideia de vir ao HC para agendar sua consulta de primeira vez na instituição e garantir esse agendamento, pois eles não acreditavam no sistema, insistiam em marcar pessoalmente no HC... (J2).

Existe uma autorregulação, regulação interna, mas com tendências a ampliar essa... esse destino de leitos para a rede de saúde. Mas, aí, é uma crítica minha: eu acho que a rede não tá com todo o sistema de regulação preparado para fazer isso...(F2).

A categoria “Responsabilidade da Secretaria da Saúde pela marcação da primeira consulta”, segundo a regulação é uma atribuição de responsabilidade da Secretaria de Saúde a marcação de consultas, que se fundamenta na Portaria GM/MS 1559/2008 que trata da PNR, que tem por finalidade a organização dos serviços, o controle e gerenciamento dos fluxos assistenciais na esfera do SUS, sendo da competência dos Secretários Estadual e Municipais de Saúde a implementação desta política por meio de pactuações com os serviços de média e alta complexidade.

Nesse contexto, a operacionalização dessa política é exercida pela regulação médica sanitária, garantindo o acesso por meio de protocolos, classificação de riscos e demais critérios de priorização.

Como se pode observar, quando foi perguntado sobre a percepção dos gestores quanto às conquistas e desafios encontrados no processo de implementação de regulação, observa-se na fala de J2 a organização e implantação dos processos de trabalho, de acordo com E2, o hospital deixa de ser responsável pela marcação de consulta de primeira vez (Primeira consulta), passando a responsabilidade para a secretaria de saúde, resgatando desta forma a ação do estado, e de acordo com a fala de F2, esta implantação foi realizada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH, 2021), em janeiro de 2014.

Como mencionado anteriormente, dentre outras coisas, a regulação busca viabilizar o acesso de todos os usuários. O que fica evidente nos seguintes depoimentos:

Depois do processo de regulação, uma grande Conquista é que o Hospital deixa de ser responsável pelo preenchimento das vagas de primeiro atendimento (ou primeira consulta), tarefa que passou a ser de responsabilidade da Rede de Atenção, mais especificamente, pela Central de Regulação do Estado de Pernambuco, a partir de critérios clínicos previamente pactuados entre o Serviço e a Secretaria de Saúde (E2).

Presença do paciente no HC apenas no dia do seu atendimento...; Definição do número de atendimentos por subespecialidade junto à chefia do ambulatório de Traumatologia-Ortopedia...; Definição de um protocolo específico para agendamento do paciente...; Contribuir com o acesso democrático para atendimento no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia.(J2).

A implantação veio a reboque das políticas da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a EBERSH. .... Todos os serviços do hospital têm que ser integrados a regulação conforme reza a lei, se não me falhe a memória acho que é a 8080, que regula o Sistema Único de Saúde... e ganhou força com a entrada da EBSEH dentro do hospital. Então, passou a ser uma política institucional (F2).

As ações iniciam-se na Unidade Básica de Saúde (UBS) (coordenando e administrando os fluxos através das redes de atenção à saúde (RAS), obedecendo aos protocolos e priorização das necessidades de saúde de uma população, gerando encaminhamentos para a média e alta complexidade. Na sequência dos atendimentos, o paciente retorna à unidade básica por meio da contrarreferência.

Todo esse processo se inicia na UBS, com marcação da consulta, toda esta estruturação baseia-se no princípio da integralidade, por meio de ações articuladas com os serviços especializados que se fundamentam no princípio da descentralização, da regionalização e hierarquização, dos atendimentos, onde o paciente é encaminhado através da rede.

Desta maneira se forma uma imagem da linha de produção do cuidado, a partir da rede básica, ou outra parte de inserção no sistema, para os diversos níveis de assistência. A estrutura para esse atendimento no HC se compõe de Setor de Regulação e Avaliação e em Saúde (SRAS), Unidade de Regulação Assistencial (URA), Núcleo Interno de Regulação (NIR), Unidade de processamento de Informação, Unidade de Monitoramento e Avaliação dos Serviços de Saúde. A pactuação do HC-UFPE com a Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco se deu com a disponibilização de vagas do ambulatório de Traumatologia-Ortopedia do HC, para o atendimento a média e alta complexidade, integrando desta forma a linha de cuidados.

A Secretaria de Saúde distribui essas vagas para UBS dos municípios, considerada porta de entrada do sistema de saúde, sendo de sua responsabilidade a coordenação da Rede de Atenção à Saúde, democratizando o acesso a todos os municípios do mais longínquos aos mais próximos, como também o atendimento aos estados vizinhos.

Como evidenciados nas falas dos entrevistados:

Na minha percepção, as principais mudanças após o processo de regulação no Ambulatório de Ortopedia e Traumatologia do HC-UFPE foram: descentralização do acesso dos usuários às consultas de primeira vez... agendar a consulta através da Unidade de Saúde mais próxima de suas residências; Descentralização da marcação de interconsulta no HC-UFPE..., ...paciente seja colocado em lista de espera em qualquer dos andares do ambulatório; Melhor acompanhamento da produção ambulatorial do Hospital, evitando que consultas extras ou de urgência não sejam faturadas junto ao SUS; ...evitadas más práticas como consultas fora da agenda médica.... Otimização do atendimento médico e de enfermagem...; Melhoria do processo ensino-aprendizagem, ....um hospital-escola, com programas de graduação e pós graduação em diferentes níveis e em diferentes áreas da Saúde (E3).

As consultas de primeira vez nas UBS...; As consultas de retorno são agendadas pelo profissional de saúde que realizou o atendimento e confirmada pela recepção do andar do ambulatório; As interconsultas são também agendadas na recepção do andar do ambulatório de Traumatologia-Ortopedia. Acesso democrático de todos os municípios para agendamento e atendimento ao paciente procedente de qualquer município do estado do mais longínquo ao mais próximo e também de outros estados (J3).

...relatou, que no começo havia muito medo, passava a ideia de perda de autonomia, ou seja, quando você vai ser regulado perde autonomia sobre sua clínica, sobre seu serviço, isso apavorava os chefes de serviço. Nesse contexto foi esclarecido o que era de fato a política de regulação, e as resistências foram caindo em alguns locais foi difícil devido a cultura do domínio, ...alegrou que após a institucionalização houve uma melhora no relacionamento...(F3).

O Ministério da Saúde afirma que as instituições de saúde no Brasil são as que mais se distanciam do processo de modernização e gerenciamento, somando-se também que o gestor público não está preparado adequadamente para administrar bem esses recursos (MENDES, 2011).

Os gastos com a saúde são expressivos e preocupantes, considerando a escassez dos recursos destinados a saúde, faz-se necessário uma gestão eficiente dos recursos aplicados na produção de ações e serviços públicos de saúde. Observa-se também que (67%) dos recursos destinados à saúde foram aplicados na atenção hospitalar, sugerindo que há mais recursos destinados à média e alta complexidade, do que para a atenção básica (LA FORGIA; COUTTLOLEN, 2009).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os gastos com a saúde em 2017 atingiram 608,3 bilhões que representa 9,2 do Produto Interno Bruto (PIB), apresentando um valor menor que 2016 (9,3), registrando-se o primeiro decréscimo no total de gastos desde 2011.

No que diz respeito às perguntas sobre recursos destinados aos ambulatórios, foi relatado que o hospital não tem uma matriz de custos, que a distribuição dos recursos é feita por demandas obedecendo a um planejamento. Observado nas seguintes falas:

Os recursos financeiros são utilizados buscando atender as necessidades do ambulatório, de acordo com sua capacidade instalada para atendimento de consultas, internamentos e cirurgias (J 4).

Os recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde para o hospital das clínicas são depositados na conta única, numa conta na EBSEH, certo? E descentralizados para o Hospital mediante um planejamento anual. Então, o Hospital define o que ele vai gastar no decorrer do ano, em que vai gastar... Não existe, no Hospital ainda, uma matriz de custos que aproprie custos por unidade. Ou seja, quanto eu vou destinar de orçamento para "x", "y" pra "z". (F4).

Existe um sistema misto onde você tem matrizes de custo, macro-matrizes, área de suprimento..., "E aí, você joga esse orçamento nessas áreas e as pessoas vão fazendo as contas necessárias para o hospital.... Realmente, não tem orçamento para áreas assistenciais, muito menos para as unidades ligadas a atenção a saúde. (F 4).

O Ministério da Saúde, por considerar o setor saúde em sua complexidade, criou o Programa Nacional de Gestão de Custos (PNGC), no âmbito do SUS, por meio da portaria n. 55, de 10 de janeiro de 2018, representado por um conjunto de ações que visam promover a

gestão dos custos no SUS por meio da difusão e aperfeiçoamento de informações relevantes e pertinentes utilizando como subsídios para otimização do desempenho de serviços de saúde, unidades, regiões de atenção e redes de atenção à saúde no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Nesse contexto da gestão de custos no Sistema Único de Saúde (SUS) tornou-se indiscutível, em virtude da necessidade de garantir maior eficiência na aplicação dos recursos e sustentabilidade do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Portanto, o PNGC é de grande relevância, pois propicia aos gestores públicos da Saúde estimar os custos de um novo serviço e/ou procedimento a ser disponibilizado à população; apurar e estimar os custos dos procedimentos já incorporados; analisar regionalmente o desempenho dos estabelecimentos, serviços e redes assistenciais; elaborar o planejamento dos recursos disponíveis para a atenção à saúde; fortalecer o controle social por meio da transparência na utilização dos recursos e tomar decisões tendo como subsídio a informação de custo e melhorar a gestão dos recursos disponíveis (SILVA, 2017).

### 4.3 Entraves observados

Após a análise e interpretação dos dados observou-se os seguintes entraves em relação à política que caracterizam o método de análise de implementação *top-down*. São eles:

- Resistência a aplicabilidade da política por parte dos profissionais da saúde, alguns ambulatoriais decidiram manter as triagens *in loco*, ou seja, esses serviços não aceitavam a regulação e por meio de suas antigas rotinas e práticas queriam decidir se o paciente seria ou não atendido no hospital. Como pode ser observado na fala de um dos entrevistados, que na época era gestor do hospital:

Foi difícil, foi muito difícil, alguns serviços demoraram a terem seus serviços regulados, não sei citar, nominalmente, quais, mas muitos demoraram. E alguns fizeram a regulação “mais ou menos”. O que é que eu chamo de regulação “mais ou menos”? Alguns serviços mantiveram, ainda, suas triagens e seus atendimentos próprios para selecionar quais os doentes que iriam para as suas clínicas [sic].

- Hierarquicamente a maioria das chefias são subordinadas ao Centro de Ciências da Saúde e não ao gestor do HC. De acordo com o gestor do hospital, na época:

Para não dar muita confusão, a gente pedia para eles (chefes de clínica) definirem qual o quantitativo de consultas que você vai destinar a regulação. [...] eles é que tinham a autonomia para definir quantas vagas iam disponibilizar e qual o perfil dos doentes que iam entrar [sic].

- Dificuldade de determinados procedimentos atenderem o protocolo pré-estabelecido pela regulação. Em decorrência disso, teve a oferta de atendimentos, como pode ser observado no relato a seguir:

Quando um chefe de setor destinava um número x de vagas e a regulação não conseguia preencher, aí, sobrava vaga, aí ficava um monte de mulher sentada, esperando... aí, pronto, terminamos de atender e começávamos a perguntar: quem quer ser atendida? Êêêuu, com um papelzinho na mão [sic].

- Dificuldade de encaminhamento correto das UBS, ou ausência de suporte no período entre as consultas para demandas como a dispensa de receitas para aquisição de remédios de maior controle (remédios controlados). Como pode ser observado nos trechos a seguir:

Aqui ó, pano branco, impigem, mandando para cá... [risos]

A fila de espera do “oftalmo” de, até onde eu sabia, de dois mil pacientes, mais de oitenta por cento desses é para fazer óculos. É para fazer óculos no HC? [...]

O doente tá na “neuro”, foi atendido com epilepsia, por exemplo, e vai só tomar medicação. E volta pro hospital se tiver algum problema. Os postos de saúde não atendem, não fazem a receita deles, eles ficam voltando no hospital pra pegar as receitas [sic].

Ainda nesse aspecto, ele destaca “por mais bem encaminhado que você mande pra Atenção Básica, muitas vezes, não tem estrutura para receber. E aí, fica o pobre do doente à mercê. Por isso, a grande maioria quer ficar no hospital. Fica a um subterfúgio pra não sair de lá” [sic].

- Resistência a aplicabilidade da política por parte dos usuários, que insistiam em vir marcar os procedimentos no hospital, pois não acreditavam que iam ser atendidos se aqui não comparecessem e por temor de ficar esperando em uma fila virtual.

- A ideia de perda do sentimento do poder, alguns chefes achavam que perderiam a autonomia sobre suas clínicas. Nas palavras do entrevistado: “quando você vai ser regulado você perde autonomia sobre sua clínica, sobre seu serviço e isso apavorava os chefes do serviço” [sic]. O que ainda é reforçado no seguinte trecho: “é questão de poder mesmo. A clínica é minha, eu vou definir o que vou receber”.

Além dos aspectos abordados acima também se observou: - Aceitação de pacientes somente pela questão de o paciente ter um determinado perfil que favorece o estudo; - Dificuldades operacionais e técnicas do próprio hospital, como o sistema de informática que era obsoleto necessitando de maiores recursos e/ou melhorias; - Não ampliação do número de vagas, como pontuado no trecho a seguir: “Não, não houve um aumento de vagas. Isso é uma queixa que o pessoal da regulação fala” [sic].

Uma forma de superar os entraves teria sido a institucionalização do número de vagas, com a determinação das vagas pela gestão, os chefes de departamento teriam que seguir a

exigências e ampliar o atendimento de suas clínicas, por sua vez, haveria uma maior oferta de vagas e diminuição do tempo de espera dos pacientes por seus atendimentos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como finalidade analisar a implementação da política nacional de regulação no serviço ambulatorial de Traumatologia-Ortopedia do HC-UFPE, buscando atender os princípios norteadores do SUS e garantindo aos usuários um atendimento especializado atingindo todos os municípios do estado de Pernambuco.

No contexto de análise de implementação *top-down*, observou-se em algumas clínicas resistência a aplicabilidade dessa política, alguns ambulatórios não aceitavam a regulação e preferiam as práticas antigas mantendo suas triagens nestes serviços. Destaca-se também a relação de poder repercutindo no número pequeno de vagas disponibilizado à regulação.

Com a implementação dessa política, observou-se como ponto positivo a organização dos processos de trabalho no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia, com a marcação dos primeiros atendimentos pela Secretaria de Saúde onde reside o paciente, alcançando vários municípios do estado de PE, a partir desse momento, o usuário passou a comparecer ao ambulatório em questão somente no dia do atendimento, evitando as idas e vindas desnecessárias do paciente ao HC-UFPE.

Do ponto de vista quantitativo, observou-se uma redução na média dos atendimentos no período de 2014 a 2018, o teste de Levene assinala para uma diferença significativa entre as variâncias dos referidos períodos.

Do ponto de vista qualitativo, observou-se que o que mais se destacou nas falas é a presença do paciente apenas no dia da consulta, cabendo as Secretarias municipais realizar a marcação e evitar a vinda desnecessária desse paciente ao hospital. Essa mudança repercutiu positivamente na estrutura de trabalho, possibilitando, inclusive a descentralização de processos, que antes eram centrados no hospital.

Apesar do esforço de introduzir e manter a regulação das consultas no HC-UFPE, esse esforço é representado pelas vagas disponibilizadas para a regulação no período de 2014 a 2018, variando de 6,28% a 12,06% dos atendimentos regulados. Tendo em vista ser incipiente a regulação com um número pequeno dos atendimentos regulados, é importante que os gestores invistam no aumento do número de vagas, investigando e aprofundando os estudos para que ocorra a plena efetivação da política.

A implementação dessa política no HC, foi de grande importância, pois permitiu superar entraves destacados nas falas dos entrevistados participantes da pesquisa. Portanto, de forma genérica podemos afirmar que a implementação da regulação no serviço de Traumatologia-Ortopedia do HC-UFPE pode ser considerada como uma ferramenta de gestão, que colaborou

na organização do acesso dos pacientes, como também nos processos de trabalho da instituição, viabilizando a equidade na acessibilidade e integralidade da assistência à saúde, e fortalecendo os princípios do SUS.

Baseado no resultado dessa pesquisa, pretende-se elaborar um relatório com os pontos mais importantes do estudo e apresentá-lo a gestão do hospital, a Secretaria de Saúde e a todos os municípios do estado de PE, para juntos desenvolver ações estratégicas, na perspectiva de minimizar as dificuldades apresentadas no acesso ao serviço de Traumatologia-Ortopedia do HC-UFPE.

Uma análise mais profunda dos resultados da política poderá ser desenvolvida em estudo posterior, pois como salienta Sabatier apud Oliveira; Couto (2019) é necessário um período de dez anos para identificarmos os efeitos reais da implementação de uma política pública.

Espera-se que esse estudo, tenha contribuído para a ampliação da literatura existente de maneira que possa embasar, como fonte de conhecimento, gestores, profissionais de saúde e pesquisadores, proporcionando reflexões a respeito desta política.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. S. V., et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 38, n. 1, p. 182-194, out. 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Almedina: São Paulo, 2011.
- BRASIL. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 14 set. 2017.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso em: 05 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro nº 373 de 27-02-2002. **Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2002**. Diário Oficial Da União. Brasília, 2002
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.559, de 1º de agosto de 2008. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Acesso em: 20 ago. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do SUS**. Brasília, 2012 Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_sistema\\_informacao\\_hospitalar\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_sistema_informacao_hospitalar_sus.pdf). Acesso em: 20 dez. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso\\_regulacao\\_SUS\\_1ed\\_eletronica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_regulacao_SUS_1ed_eletronica.pdf). Acesso em: 20 dez. 2020.
- BASTOS, L. B. R. **Regulação da saúde no estado do Pará: um estudo na região metropolitana de Belém**. Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2019.
- CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. In: **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017.

CERVO, A. L.; SILVA, R. **Metodologia Científica**. São Paulo: Prentice-Hall, 2006.

EBSERH. **Empresa Brasileira de Serviços e Recursos Hospitalares**. Brasília. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br>. Acesso em: 14 abr. 2020.

FEITOSA, O. T. **O potencial articulador da regulação do acesso à assistência à saúde**. [Tese de doutorado]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Ageu Magalhães, 2014.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: a organização das linhas do cuidado. *In*: ELIAS, E.; MIRANDA, H.; RIMOLI, J. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, C. R. **Direito Civil Brasileiro**. vol. II – Teoria das obrigações. 11. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

LA FORGIA, G. M.; COUTTLOLEN, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca de excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: perspectivas analíticas. *In*: **Revista de Sociologia e Política**, v. 12, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katalysis**, v. 10, p. 35-45, 2007.

LOTTA, G. **Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre os Burocratas de Nível de Rua no Programa Saúde da Família**. 2010. Tese (Doutorado em Ciência Política) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

LOTTA, G. Agentes de implementação: uma forma de análise de políticas públicas. **Cadernos de Gestão Pública e Cidadania**, São Paulo, v. 19, n. 65, jul./dez, 2014.

MAXUELL. **Metodologia**. Rio de Janeiro: PUC-Rio, [s.d.].

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Gestão de Custos**. Brasília, 2013. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/pngc>. Acesso em: 21 maio 2021.

MOZZATO A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da Administração: potencial e desafios. *In*: **RAC**, Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, jul./ago. 2011.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. *In*: Giovanella, L. et al. (org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

NORONHA, V. M. R.; FAGUNDES, H. S. Implementação de políticas públicas: uma questão em debate. *In: Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social*. Florianópolis: UFSC, 27 a 29 out. 2015.

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 571-6, 2012.

OLIVEIRA, V. E.; COUTO, C. G. Diretrizes prioritárias e fases da implementação: como mudam as políticas públicas. *In: LOTTA, G. (Org.). Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil*. Brasília: ENAP, 2019.

PARANHOS, R. *et al.* Uma introdução aos métodos mistos. *In: Sociologias*, Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 384-411, 2016.

PEITER, C. C.; LANZONI, G. M. M.; OLIVEIRA, W. F. Regulação em saúde: a atuação de enfermeiros. *In: Rev. Rene*, v. 17, n. 6, p. 820-827, 2016.

PÓ, M. V. *et al.* Análise da política pública de Reorganização Escolar proposta pelo governo do Estado de São Paulo. **CEP**, v. 9210, p. 580, 2015.

PRADO, D. O. *et al.* **Manual de Normas de Auditoria**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

RADIS. **Na medida da fila**, n. 159, p. 12-29, dez. 2015. Disponível em: [https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis159\\_web.pdf](https://radis.ensp.fiocruz.br/phocadownload/revista/Radis159_web.pdf). Acesso em: 24 jun. 2021.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 2043-2050, 2018.

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

SILVA, M. M. **Programa Nacional de Gestão de Custos: estudo descritivo sobre seus resultados e estratégias de implementação**. Brasília: Universidade Federal de Goiás, 2017.

SILVA, E. C. H. **Fatores que interferem na implementação da notificação compulsória dos casos de violência infanto-juvenil num hospital universitário do Recife-PE**. [Dissertação de mestrado]. Recife: UFPE, 2020.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. *In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão de literatura. *In: Sociologias*, Porto Alegre, Ano 8, n 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

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

WU, X. et al. **Guia de políticas públicas: gerenciando processos**. Brasília: ENAP, 2014. Disponível em: [HTTP://www.ena.gov.br/documents/586010/604366/Guia+de+Pol%C3%ADticas+P%C3%ABlicas+Gerenciando+Processos.pdf/afcf588e-d510-41eb-bfb7-049fcda6f549](http://www.ena.gov.br/documents/586010/604366/Guia+de+Pol%C3%ADticas+P%C3%ABlicas+Gerenciando+Processos.pdf/afcf588e-d510-41eb-bfb7-049fcda6f549). Acesso em: 07 jan. 2021.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



**EBSERH**

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE  
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

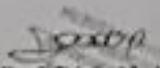
**CARTA DE ANUÊNCIA**

Recife, 04 de dezembro de 2019.

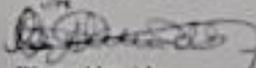
Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o desenvolvimento, no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME, do projeto de pesquisa intitulado “Atendimentos no Ambulatório de Traumatologia-Ortopedia do Hospital das Clínicas da UFPE: Um Estudo Comparativo antes e após a Regulação”, que está sob a coordenação/orientação de Prof. Eivaldo Carvalho da Rocha, tendo como orientando(a)(s) o(a)(s) **CLARICE AMÁLIA DA CONCEIÇÃO**, pesquisador(a)(es) serão consultados 60 (sessenta) prontuários em (03) meses.

A aceitação está condicionada a autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa do HC/UFPE, pelo período de execução previsto no referido projeto e ao cumprimento pelo(a)(s) pesquisador(a)(s) dos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se com a confidencialidade dos dados e materiais coletados, utilizando-os exclusivamente para os fins da pesquisa.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e comunicação da Gerência de Ensino e Pesquisa, os prontuários serão disponibilizados mediante agendamento prévio.



**Prof. Décio Medeiros**  
Chefe da Unidade de Gerenciamento da Produção Científica



**Diana Almeida**  
Chefe do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME)



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE  
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA  
DE SERVIÇOS HOSPITALARES

EBSERH

**CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS**

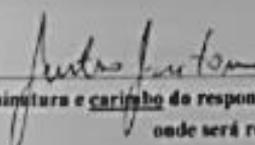
Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) a pesquisador (a) **CLARICE AMÁLIA DA CONCEIÇÃO**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa: **"Atendimentos no Ambulatório de Traumatismo-Ortopedia do Hospital das Clínicas da UFPE: Um Estudo Comparativo antes e após a Regulação"**, que está sob a orientação do(a) Prof. (a) **Enivaldo Carvalho da Rocha**, cujo objetivo da pesquisa é analisar os atendimentos de consultas e procedimentos do ambulatório de Traumatismo-Ortopedia, antes e após a regulação, nesta Instituição, no Ambulatório de Traumatismo-Ortopedia, ~~bem como obteremos o acesso aos dados onde serão consultados 60 (sessenta) prontuários em (03) meses, para serem utilizados na referida pesquisa.~~

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o(a) mesmo(a) utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Uma vez que a resolução do Conselho Nacional de Saúde No 466/2012 no seu artigo V, item V.6, determina que "o pesquisador, patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, bem como responsabilizar-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa" declaro que recebi cópia do projeto e estou de acordo com sua execução no serviço/departamento/ambulatório do qual sou responsável.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição/Setor/Serviço o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 04 de dezembro de 2019.

  
Nome/assinatura e cargo do responsável pelo serviço/departamento/ambulatório onde será realizada a pesquisa

## ANEXO B – ESTRUTURA DAS ENTREVISTAS

### ENTREVISTA COM -SUPERINTENDENTE

- 1 – Qual a sua percepção quanto ao acesso e atendimentos dos pacientes no HC-UFPE, antes da regulação?
- 2 – Do ponto de Vista institucional como você percebeu a implantação da regulação do acesso dos pacientes ao HC-UFPE?
- 3 – Houve mudança após a implantação da regulação no atendimento aos pacientes? Quais as dificuldades? Quais as conquistas?
- 4 – Do ponto de vista orçamentário, como o hospital das clínicas recebe os recursos por parte da união? Quanto se destina a regulação?
- 5 – Como esses recursos são distribuídos entre os diversos setores do hospital?
- 6 – Qual o custo médio de uma consulta regulada e não regulada?
- 7- Como é feita a avaliação dos atendimentos das consultas na perspectiva de novas pactuações com SES?

### ENTREVISTA COM OS GESTORES

- 1 – Qual a sua percepção quanto ao acesso e atendimentos dos pacientes no ambulatório de Traumato-Ortopedia, antes da regulação?
- 2 – De acordo com sua percepção depois da implantação da regulação quais foram os desafios encontrados e quais as conquistas?
- 3 – Qual a sua percepção sobre as mudanças ocorridas no ambulatório de Traumato-Ortopedia após a regulação? Relate essas mudanças
- 4 – Como os recursos financeiros são utilizados na clínica de Traumato-Ortopedia?
- 5- Qual o custo médio das consultas reguladas e não reguladas?

## ANEXO C – FICHA DE CADASTRO DE PACIENTE DO HC

T4312 - Consulta Dados Paciente

Registro do Paciente
Informações Adicionais

**Dados Pessoais**

<small>Prontuário</small>	<small>Nome do Paciente</small>	<small>Dt Nascimento</small>	<small>Sexo</small>	<small>Idade</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Masculino"/>	<input type="text"/>
<small>Estado Civil</small>	<small>RG</small>	<small>Orgão Exp</small>	<small>UF</small>	<small>Data Emissão Rg</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>CPF</small>	<small>Profissão</small>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<small>Grau Instrução</small>	<small>Religião</small>	<small>Cor</small>		
<input type="text"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="CATOLICA"/>	<input type="text"/>		
<small>Naturalidade</small>	<small>Nacionalidade</small>			
<input type="text"/>	<input type="text" value="26"/> <input type="text" value="BRASIL"/>			
<small>Nº Carteira do Convênio</small>	<small>Nº CNS</small>	<small>Observação</small>	<small>Dt Óbito</small>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<small>Nome da Mãe</small>	<small>Profissão da Mãe</small>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
<small>Nome do Pai</small>	<small>Profissão do Pai</small>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Localização

Estante

Prateleira

Imprimir Formulário
Confirma Agenda
Consulta Prontuário

Arquiva Prontuário
Endereço

Consulta CNS

T4312 - Consulta Dados Paciente

Registro do Paciente
Informações Adicionais

**Dados Complementares**

<small>Tipo Certidão</small>	<small>Nome do Cartório</small>	<small>Nº Certidão Cartório</small>	<small>Data Emissão</small>	<small>Livro/Folhas</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Nº Cart. Profissional</small>	<small>Nº Série</small>	<small>Uf</small>	<small>Data Emissão</small>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<small>Nº Título Eleitor</small>	<small>Zona Eleitoral</small>	<small>Nº Sessão</small>	<small>UF</small>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<small>TSng</small>	<small>Fator Rh</small>	<small>Operador</small>	<small>Data do Cadastro</small>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		<small>Operador</small>	<small>Data da Última Alteração</small>	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## ANEXO D – PRODUTO

<b>ENTRAVES OBSERVADOS</b>	<b>ESTRATÉGIAS E AÇÕES PARA TRABALHAR OS FATORES QUE DIFICULTAM A EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE REGULAÇÃO</b>
<p>-Resistência a aplicabilidade da política por parte dos profissionais da saúde;</p> <p>-Hierarquicamente a maioria das chefias são subordinadas ao Centro de Ciências da Saúde e não ao gestor do HC;</p> <p>-Dificuldade de determinados procedimentos atenderem o protocolo pré-estabelecido pela regulação;</p> <p>-Dificuldade de encaminhamento correto das UBS, ou ausência de suporte no período entre as consultas;</p> <p>-Resistência a aplicabilidade da política por parte dos usuários, que insistiam em vir marcar os procedimentos no hospital;</p> <p>-A ideia de perda do sentimento do poder, alguns chefes achavam que perderiam a autonomia sobre suas clínicas;</p> <p>- Aceitação de pacientes somente pela questão de o paciente ter um determinado perfil que favorece o estudo;</p> <p>-Dificuldades operacionais e técnicas do próprio hospital, como o sistema de informática;</p>	<p>-Aprimorar a PNR por meio de reuniões enfatizando o papel do HC no atendimento a média e alta complexidade, conforme portaria 1559/2008;</p> <p>-Divulgar junto aos pacientes o fluxo de atendimento considerando a marcação de consultas na UBS do seu município e seu comparecimento para atendimento neste ambulatório somente no dia da consulta marcada;</p> <p>-Criar estratégias para ampliação do acesso as consultas especializadas no ambulatório de Traumatologia-Ortopedia;</p> <p>-Criar estratégias para gerenciar a fila de espera e institucionalizar as vagas disponibilizadas para regulação;</p> <p>-Estruturar e operacionalizar a contra regulação;</p> <p>-Aprimorar os protocolos de regulação pré-estabelecidos para os atendimentos;</p> <p>-Criar estratégias administrativas para a modernização do sistema de informação.</p>

<ul style="list-style-type: none"><li>- Não ampliação do número de vagas;</li><li>-Fila de espera virtual para a primeira consulta;</li><li>-Inexistência de uma política voltada para uma contractualização dos ambulatórios com a superintendência do HC, e esta, com a SES baseada em metas.</li></ul>	
---	--