



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

IVALDO DANTAS DE FRANÇA

**REGULAÇÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DA ESTRUTURA
ORGANIZATIVA NOS ESTADOS BRASILEIROS**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

IVALDO DANTAS DE FRANÇA

**REGULAÇÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DA ESTRUTURA
ORGANIZATIVA NOS ESTADOS BRASILEIROS**

Trabalho de Conclusão Curso apresentado
ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade
Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico
de Vitória, como requisito para a obtenção
do título em Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Ronald Pereira Cavalcanti

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2021

Catálogo na Fonte
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Jaciane Freire Santana, CRB4/2018

F814r França, Ivaldo Dantas de.
Regulação em saúde: uma análise comparativa da estrutura organizativa nos estados brasileiros / Ivaldo Dantas de França. - Vitória de Santo Antão, 2021.
50 folhas; tab.

Orientador: Ronald Pereira Cavalcanti.
TCC (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Saúde Coletiva, 2021.
Inclui referências e anexos.

1. Regulação e Fiscalização em Saúde. 2. Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde.
I. Cavalcanti, Ronald Pereira (Orientadora). II. Título.

614.0981 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE - 053/2021

IVALDO DANTAS DE FRANÇA

**REGULAÇÃO EM SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DA ESTRUTURA
ORGANIZATIVA NOS ESTADOS BRASILEIROS**

Trabalho de Conclusão Curso apresentado
ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade
Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico
de Vitória, como requisito para a obtenção
do título em Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Ronald Pereira Cavalcanti

Aprovado em: 29/04/2021.

BANCA EXAMINADORA

Profº. Dr. Ronald Pereira Cavalcanti (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. Danilson Ferreira da Cruz (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Dr. Edson Hilan Gomes de Lucena (Examinador Externo)

Universidade Federal da Paraíba

Dedico este projeto à Jandira Dantas de Brito (In Memoriam)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me presenteado com a minha vida e aos meus pais, Ielivaldo Pereira e Evalda Dantas por me educarem, me amarem, por cuidarem de mim, por terem me ensinado a amar, a respeitar, a sempre buscar alcançar meus objetivos, a persistir e nunca desistir de um ideal. Agradeço aos meus familiares, principalmente meus irmãos Ibson Dantas e Ivson Dantas, que estão sempre comigo e me apoiando nas minhas decisões.

Agradeço a todos os meus amigos, José Clodoaldo, Amanda Oliveria, Josefa Ferreira, Élide Karla, Jackeline Martins, Érica Abreu, Fernanda Silva e José Marcelo pessoas que são presente de Deus e escolhemos para fazer parte da nossa vida dando apoio e acompanhando.

Agradeço a todos companheiros(as) de turma do Curso Saúde Coletiva e a todos docentes e aos que me acompanharam e se tornaram meus amigos durante o curso: Carlos Renato, Emília Carolle, Flávio da Guarda, Darlindo Ferreira

Agradeço ao Orientador professor Dr. Ronald Pereira Cavalcanti que me acolheu tão bem e me fez ter vontade de sempre progredir mais.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma me ajudaram e torceram por mim.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Garantir acesso assistencial e continuidade aos serviços de saúde traz desafios para o Sistema Único de Saúde, tanto para uma estruturação de uma Rede de Atenção à Saúde quanto para a Regulação do acesso e da oferta de serviços hospitalares. Tentar equilibrar com os arcabouços legais, norteadores dos princípios do SUS como Integralidade, Universalidade e Equidade, faz com que o processo regulatório da assistência, tenda a distanciar-se de um ato burocrático. **OBJETIVO:** Analisar as publicitações das informações dos mecanismos do processo regulatório do acesso à assistência aos serviços de saúde entre os estados do Brasil. **METODOLOGIA:** Caracteriza-se por um estudo quantitativo, de natureza exploratório-descritiva. A pesquisa possui com fonte dados de domínio público (documentos, manuais e protocolos) da estrutura organizativa da regulação assistencial nos sites institucionais das Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil. A pesquisa constitui de três etapas: Pré-análise, Organização dos materiais e Tratamento dos dados. **RESULTADOS:** Em 78% dos endereços eletrônicos das SES foram identificados as publicitações das informações dos mecanismos do processo regulatório do acesso à assistência aos serviços de saúde entre os estados do Brasil. Tendo a Região Norte-Nordeste com 22,2% sem informações. Treze Secretarias Estaduais em saúde (Maranhão, Rio grande do Norte, Acre, Amapá, Pará, Rondônia, Paraíba, Santa Catarina, Roraima, Mato grosso, Mato grosso do Sul, São Paulo) foram identificadas 25% das informações publicitadas que contêm até no máximo três mecanismos, enquanto na média de cinco mecanismos está presente na Bahia, Sergipe e Amazonas com 50% de informações. Pernambuco e Goiás possuem valores a partir do qual se encontra 25% do quantitativo de informações publicitadas mais elevadas, contabilizando sete mecanismos ou mais. **DISCUSSÃO:** Evidências apontam que há existência de falhas no processo regulatório. Dentre as quais, falhas nos critérios de encaminhamentos com protocolos inadequados, falta de leitos, demandas exorbitantes por solicitações de consultas e exames especializados, sistema eletrônico de difícil acesso para a sua operacionalização e marcação de consultas e fluxos assistências inapropriadas para a realidade do perfil de morbidade da população para diferentes níveis de complexidades. A análise dos materiais possibilitou a extração de duas categorias. "Mecanismos do processo regulatório do acesso à assistência à saúde entre os estados brasileiros" e "Uso dos mecanismos do processo regulatório do acesso para a tomada de decisão dos gestores na Atenção à Saúde". **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É importante salientar na necessidade que os estados publiquem suas informações referente ao processo regulatório. Com treze Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil constituídas com até três mecanismos e apenas duas correspondendo a 75% com o quantitativo de mecanismos mais elevados, pode indicar disparidades na equidade do acesso aos serviços de saúde e contribuir para a melhoria da estrutura organizativa entre os estados no Brasil.

Palavras-chave: Regulação em Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Equidade no acesso. Saúde Pública.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Ensuring care access and continuity to health services poses challenges for the Unified Health System, both for structuring a Health Care Network and for regulating access and the provision of hospital services. Trying to balance with the legal frameworks, guiding the SUS principles such as Integrality, Universality and Equity, makes the regulatory process of assistance tends to distance itself from a bureaucratic act. **OBJECTIVE:** To analyze the disclosure of information on the mechanisms of the regulatory process for access to assistance to health services between the states of Brazil. **METHODOLOGY:** It is characterized by a quantitative study, of an exploratory-descriptive nature. The research is based on public domain data (documents, manuals and protocols) of the organizational structure of health care regulation on the institutional websites of the State Health Secretariats in Brazil. The research consists of three stages: Pre-analysis, Organization of materials and Treatment of data. **RESULTS:** In 78% of the SES e-mail addresses, the disclosure of information about the mechanisms of the regulatory process for access to assistance to health services between the states of Brazil was identified. With the North-Northeast Region with 22.2% without information. Thirteen State Health Secretariats (Maranhão, Rio Grande do Norte, Acre, Amapá, Pará, Rondônia, Paraíba, Santa Catarina, Roraima, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, São Paulo) were identified 25% of the information advertised that contains up to maximum three mechanisms, while on average five mechanisms are present in Bahia, Sergipe and Amazonas with 50% of information. Pernambuco and Goiás have values from which is found 25% of the highest amount of publicized information, accounting for seven or more mechanisms. **DISCUSSION:** Evidence points out that there are flaws in the regulatory process. Among them, failures in the referral criteria with inadequate protocols, lack of beds, exorbitant demands for requests for consultations and specialized exams, electronic system difficult to access and making appointments and assistance flows inappropriate for the reality of the patient's profile. population morbidity for different levels of complexities. The analysis of the materials made it possible to extract two categories. "Mechanisms of the regulatory process of access to health care among Brazilian states" and "Use of mechanisms of the regulatory process of access for decision-making by managers in Health Care." **FINAL CONSIDERATIONS.** It is important to highlight the need for states to advertise information regarding the regulatory process, with thirteen State Health Secretariats in Brazil constituted with up to three mechanisms and only two corresponding to 75% with the highest number of mechanisms, may indicate disparities in equity of access to health services and contribute to the improvement of the organizational structure among the states in Brazil.

Keywords: Health Regulation. Access to health services. Equity in access. Public health

LISTA DE ABREVIACÕES

AB Atenção Básica

APS Atenção Primária em Saúde

CERAC Centrais Estaduais de Regulação da Alta Complexidade

CIR Comissão Intergestores Regional

CNRAC Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade

CR Central de Regulação

DATASUS Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

FAEC Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

ESF Estratégia de Saúde da Família

MS Ministério da Saúde

PNASS Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PPS Políticas Públicas de Saúde

RAS Rede de Atenção à Saúde

SES Secretaria Estadual de Saúde

SISREG Sistema Nacional de Regulação

SUS Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Endereço eletrônico das Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil, Janeiro de 2021.....	27
--	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Matriz comparativa dos mecanismos da Regulação do acesso à assistência aos serviços de saúde no Brasil, janeiro de 2021.....	29
Figura 1: Distribuição por quartil dos mecanismos publicitados do processo regulatório do acesso à assistência aos serviços de saúde entre os estados no Brasil. Abril, 2021.....	30
Quadro 2: Caracterização da composição dos mecanismos do processo regulatório entre os estados no Brasil. Abril, 2021.....	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 Contexto histórico e legais da Regulação em Saúde no Brasil	16
2.2 Dimensões de atuação da Regulação em Saúde e a organização do Complexo Regulador	18
2.3 O processo da Regulação em Saúde e do acesso à assistência aos serviços de saúde no SUS.....	20
2.4 Protocolos, fluxos assistenciais, manuais e a informatização para a regulação do acesso à assistência aos serviços de saúde no SUS	22
3 OBJETIVOS	25
3.1 Geral	25
3.2 Específicos	25
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 Delineamento do estudo	26
4.2 População e amostra.....	26
4.3 Local de estudo	27
4.4 Coleta de dados	27
4.5 Procedimento de análise dos dados.....	27
4.6 Procedimentos éticos	28
5 RESULTADOS	29
6 DISCUSSÃO	34
5.1 Mecanismos da estrutura organizativa do processo regulatório do acesso à assistência à saúde entre os estados brasileiros.....	36
5.2 Uso dos mecanismos da estrutura organizativa do processo regulatório do acesso para a tomada de decisão dos gestores na Atenção à Saúde.....	38
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42

REFERÊNCIAS	43
ANEXO A – QUANTITATIVO DE CENTRAL DE REGULAÇÃO NO BRASIL	48
APÊNDICE A – MATRIZ COMPARATIVA DOS INSTRUMENTOS DE REGULAÇÃO	50

1 INTRODUÇÃO

Garantir acesso assistencial e continuidade para os serviços de saúde traz desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS), tanto para a estruturação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) quanto para a regulação do acesso e da oferta de serviços hospitalares. Tentar equilibrar com os arcabouços legais, norteadores dos princípios do SUS como Integralidade, Universalidade e Equidade, faz com que o processo regulatório da assistência, tenda a distanciar-se de um ato burocrático. Para proporcionar organização com eficiência, qualidade no acesso aos serviços de saúde de maneira equânime e equilibrar a oferta de serviços de saúde, demanda pelo acesso pela população e os gastos públicos em saúde, tanto público quanto privado, há necessidade da regulação do acesso assistencial como ferramenta de gestão (ALMEIDA *et al.*; BATISTA *et al.*; FERREIRA; SALGADO JUNIOR; COSTA, 2019; FREIRE *et al.*, 2020).

Segundo Fonseca *et al.* (2018. p. 2312) a Regulação do acesso consiste em: “conjunto de atividades e ações em saúde tendo como objetivo a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS”. Além de refletir nas necessidades dos usuários, tendo como base a classificação de risco. Neste ínterim, há o desafio como entraves para a concretização do acesso aos serviços de saúde pelo Estado. Sua atuação, é dificultada pela falta de operacionalização e de profissionais qualificados para atuarem como agentes reguladores o que acarretaria obstáculos para os usuários acessar a rede de serviços de saúde.

A regulação do acesso tende a depender das demandas das necessidades de saúde de um território. Além de uma rede regionalizada de serviços e de um processo regulatório para fortalecer a ampliação do acesso aos serviços médicos especializados. Associa-se que o questionamento do processo regulatório envereda para uma ação de gestão que visa minimizar as iniquidades e reduzir os impactos de desigualdades sociais existentes entre as entidades públicas versus privadas na saúde, assim como da atuação dos planos de saúde, sem separá-las quando se pensa na oferta de ações e serviços de saúde regulados no SUS (CARDOSO *et al.*, 2017; ALMEIDA; ALMEIDA; MELO, 2020).

O uso dos mecanismos existentes no processo da regulação do acesso no setor saúde pode proporcionar uma melhor qualidade, resolutividade nos atendimentos prestados à sociedade e reduzir o impacto do absenteísmo, que é a falta dos pacientes às consultas

agendadas. São exemplos desses mecanismos o desenho das estruturas institucionais nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) como organogramas, dispositivos de gestão como fluxos de referência, manuais e protocolos assistenciais. Além de minimizar a redução de encaminhamentos errôneos para a atenção especializada, estabelece padronização para a tomada de decisão dos gestores. Outro dispositivo a ser destacado são os sistemas de informação na regulação, utilizados para a gestão do acesso aos serviços, por uma Central de Regulação (CR). Esses sistemas de informações subsidiam a produção de informação para tomadas de decisões, sendo um exemplo o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) (SILVEIRA; CAZOLA; SOUZA, 2018; KATZ *et al.*; FREIRE *et al.*, 2020).

Dentre os mecanismos que auxiliam no fluxo da assistência têm-se os protocolos, os quais, sinalizam prioridades de alocação de atendimentos especializados e padronizam o acesso aos serviços dentro da RAS. Sendo um guia para os profissionais, direcionam prioridades para o encaminhamento adequado, com informações pertinentes e prioridades para que o paciente seja encaminhado de maneira adequada de acordo com suas reais necessidades de saúde para a Atenção especializada (BATISTA *et al.*, 2019; KATZ *et al.*, 2020).

Em síntese, o uso de protocolos garante uma sistematização dos encaminhamentos ideais para a assistência à saúde, além de dar apoio técnico ao CR. Sem protocolos fidedignos, a equipe de saúde, principalmente da APS, vincula sua atenção a uma rede própria de atendimento, em que, seus conhecimentos profissionais, pressão da gestão e da própria comunidade faz com que os profissionais se recusem a usar os protocolos clínicos e de fluxo adotado em seu município, acarretando falhas na comunicação entre a APS e a CR (BASTOS *et al.*, 2019).

Os Fluxogramas, com mecanismos de gestão dos serviços de saúde, auxiliam no entendimento dos protocolos de acesso. Está intimamente ligado a organização das estruturas de encaminhamento dentro de um serviço de rotina do profissional, direcionando-lhes através de um texto articulado, ao qual, indicam os encaminhamentos do usuário dentro dos serviços ofertados pelo agente regulador à atenção especializada. Embora, o presente estudo apresente falhas na apresentação de informações pelas SES em seus endereços eletrônicos, tendo estados com escassez de dados. A Regulação em Saúde torna-se eficiente e efetiva quando se usa em sua rotina ferramentas em análise no estudo (MARTIN *et al.*, 2019; KATZ *et al.*, 2020).

Com o uso do Sistema de Informação no setor de regulação do acesso à assistência à saúde permite uma conexão entre os mecanismos de gestão com integração entre as redes de

atenção, auxiliando na melhoria do acesso aos usuários a atenção especializada tanto ambulatorial quanto hospitalar. Reforçando a importância integração tanto a nível municipal quanto estadual, regional ou federal para que coexistam mecanismos de protocolos, fluxos e leis que abarcam a garantia do direito ao acesso aos sistemas de saúde demonstrado no estudo dos estados em análise e redução de filas de espera nas unidades de saúde (BATISTA *et al.*, 2019).

Estudos afirma que há necessidade de resoluções próprias e normas para se ter garantia de acesso aos serviços de saúde. Entretanto, esta garantia segundo Landim, Guimarães e Pereira (2019) não é suficiente. A RAS segue um padrão de oferta dos serviços de saúde por regiões a depender de sua demanda de comorbidades e do perfil centrado no modelo biomédico. Em síntese, tende a buscar uma integração e comunicação entre a APS e Atenção especializada de maneira sistematizada através de protocolos e fluxos assistenciais, proporcionando interação a diferentes densidades tecnológicas. Ficando claro a importância de toda estrutura organizativa da regulação à saúde para garantir acesso as ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

Os dados de uma CR relacionados aos agendamentos, contidos nesses sistemas informatizados, não são abertos ao público, o que tem gerado obstáculos ao desenvolvimento de pesquisas e soluções. Acresce-se a grande diversidade de sistemas de informação utilizados pelas SES, com diferentes relatórios, muitos deles insuficientes para tomadas de decisões mais abrangentes. Ao comparar diferentes estruturas organizacionais das CR em saúde dos estados brasileiros, este estudo propõe compartilhar propostas em curso e discuti-las a luz da literatura relacionada ao tema. A estrutura organizativa da regulação em saúde é constituída por um processo em volta da hierarquização das funções administrativas estabelecidas pelas superintendências, coordenações e secretarias encontradas nas Secretarias de Saúde nos estados. Sua organização é vislumbrada através de organogramas e sua estrutura de cargos dentro da Regulação em saúde funciona com a aplicabilidade de protocolos, fluxogramas assistenciais, manuais e resoluções.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contexto histórico e legais da Regulação em Saúde no Brasil

Com mudanças nos sistemas nacionais de saúde, países da América Latina como o Brasil, na década de 90, configura sua atenção à saúde para melhorar o acesso aos serviços de saúde de maneira integral, assim como, proporcionar qualidade na atenção. Sendo reforçado pela conjuntura da descentralização político-administrativo dos serviços, com uma abordagem de integração e compartilhamento dos serviços e ações de saúde com participação das esferas Municipais, Estaduais e Federal no âmbito do SUS (ALMEIDA *et al.*, 2019; FREIRE *et al.*, 2020).

Nos anos de 2000, mediante o processo de regionalização, as agendas de governo, tem destaque, na medida que as iniquidades advindas na municipalização ganha força para fortalecer a esfera estadual na organização no planejamento e na atenção à saúde (ALMEIDA *et al.*, 2019). Uma rede bem articulada configura um importante impacto na regulação do acesso para as demandas assistenciais existentes da população adscrita (FONSECA *et al.*, 2018).

A regionalização constitui de um espaço de discussão e compartilhamento de informação. Além de ser um processo político, com intuito, proporcionar financiamento adequado para atenção à saúde. Pensado na distribuição dos poderes (Federal, Estadual e Municipal) e organização pública e privada. Além de refletir na hierarquização das organizações dos níveis de complexidades (básica, média e alta complexidade). A regionalização em síntese configura na orientação da descentralização dos serviços e ações de saúde (CARDOSO *et al.*; SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

Entretanto, um dos desafios ao SUS estaria interligado ao impacto que a falta de recursos aplicados a saúde poderá acarretar. Este, tende a promover rupturas e desequilíbrio nas ações de planejamento, avaliação e monitoramento dos gestores em saúde. Além de influencia diretamente na oferta dos serviços e ações de saúde com associação em promover demandas reprimidas. Em si, a demanda reprimida, configura como o quantitativo excedente existente acima da oferta disponibilizada dos serviços de saúde podendo gerar barreiras na equidade em saúde, proporcionados por dificuldades nas unidades de saúde (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

A RAS busca desfragmentar o cuidado descontínuo, com duplicidade de informações e demandas de pacientes acima da capacidade de oferta. Ao ofertar exames e serviços especializados para a demanda populacional, a RAS fortalece o acesso aos sistemas de saúde para abarcar ações equânimes, resoluta e contínua de maneira horizontalizada. Tendo como foco primordial a “Equidade” para garantir o acesso assistencial à população e reduzir as iniquidades sociais existentes que determinam o adoecimento do indivíduo (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016; BATISTA *et al.*, 2019).

Em 2008 o Ministério da Saúde (MS) através da Portaria 1.559 de 01 de Agosto de 2008, institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Onde fica estabelecido que toda as esferas governamentais (União, estado e município) deveriam assumir a responsabilidade de sua aplicabilidade no âmbito nacional. Ademais, ficaria estabelecido as seguintes dimensões pactuadas entre os entes federativos: Regulação de Sistema de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. Entretanto vale ressaltar que há arcabouços legais que dão suporte a estruturação do processo regulatório pelos Estados (BRASIL, 2008; FREIRE *et al.*, 2020).

Segundo a Portaria 1.792 de 22 de agosto de 2012 fica instituído o incentivo de custeio destinada às CR no SUS. Ficando dispostas para a realização de consultas e exames ou a CR de âmbito das Internações Hospitalares. Em si, a depender do porte populacional das CR, que varia entre Porte I (englobando entre duzentos mil e quinhentos mil habitantes), Porte II (mais de quinhentos mil até um milhão de habitantes). Porte III (mais de um milhão até três milhões de habitantes), Porte IV (mais de três milhões até seis milhões de habitantes) e Porte V (mais de seis milhões de habitantes (BRASIL, 2012a).

Ademais, o custeio varia de acordo com os seguintes critérios: Possuir e utilizar protocolos de acesso aos serviços de saúde; possuir abrangência regional, possuir um sistema informatizado para a processo regulatório, a CR funcionar em todos os dias úteis com no mínimo oito horas por dia, a CR de Internações Hospitalares funcionar ininterruptamente (BRASIL, 2012a).

Segundo a Portaria 2.655 de 21 de Novembro de 2012, fica inserida nas CR os seguintes componentes (BRASIL, 2012b, sem paginação):

Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Ações e Serviços de diagnóstico e tratamento do câncer de mama e câncer de colo do útero, Rede de Cuidados à Pessoas com deficiência e propedêutica e terapêutica para o portador de afecções Reno

cardiovasculares e demais agravos considerados prioritários pelas comissões intergestores.

Já a Portaria 2.932 de 28 de novembro de 2013 institui o incentivo financeiro para aquisição de equipamentos para a implementação ou implantação das CR de Consultas e Exames além da Regulação de Internações Hospitalares no âmbito do SUS, advinda do orçamento do MS. Reforçando a ideia de que a unidade solicitante deverá estar inserida dentro da unidade de saúde, sendo, portanto, podendo ser solicitada em unidades municipais, estaduais ou distrital. Ademais, ficando de responsabilidade do gestor em saúde comprovar a interligação da unidade com as CR (BRASIL, 2013).

No ano de 2018, o MS implantou a Portaria 2.615 de 22 de agosto. Nesta, fica estabelecido o prazo de até o dia 31 de dezembro de 2018 a comprovação do incentivo proposto pela Portaria 2.932 de 28 de novembro de 2013 para a execução dos recursos destinados a implementação e implantação dos Complexos Reguladores. Além da comprovação dos entes federais de suas execuções ao Departamento de Regulação, avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde do MS (BRASIL, 2018).

Com o Decreto nº. 9.795, de 17 de maio de 2019 cabe ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle formular a Política Nacional de Regulação, gerir os sistemas de informações do SUS, realizar o tratamento dos dados fornecidos que possam proporcionar relatórios de gestão seguros e confiáveis, identificar falhas e corrigi-las com intuito de fornecer ações e serviços de qualidade para a cobertura assistencial de maneira rápida, eficiente e eficaz. Tendo como apoio os entes federativos, além de participar na contratação dos fornecimentos dos serviços através de cooperação e compromisso (BRASIL, 2019).

2.2 Dimensões de atuação da Regulação em Saúde e a organização do Complexo Regulador

As dimensões referentes a atuação da regulação em saúde compreende a Regulação de Sistema de Saúde, Regulação da Atenção à saúde e Regulação do Acesso à Assistência. A Regulação de Sistema de Saúde abarca os sistemas a nível nacional, estadual e municipal de saúde exercendo a função de “ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas” (BRASIL, 2008).

Quando se pensa na regulação da atenção à saúde está vinculado à lógica da prestação dos serviços de saúde à sociedade, podendo advir de unidades públicas ou privadas com estratégias que garantam o acesso aos serviços de saúde, fortalecendo diretrizes para a regulação do acesso à Assistência. A regulação do acesso à assistência está alocada a “organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS”, sendo articulado através do complexo regulador e fortalecido por protocolos e foco na classificação de risco que priorize o acesso dos pacientes nas unidades de saúde (BRASIL, 2008).

O complexo regulador seria um dispositivo que permite a garantia do acesso à assistência equânime para a sociedade. Desta forma, tende a garantir uma atenção segura e transparente aos serviços de saúde especializado, tendo como direcionamento aos serviços pelas CR. Em si, sem uma coordenação voltada para o cuidado ocorreria fragmentações no acesso à assistência as diversas complexidades de saúde do indivíduo, gerando rupturas na continuidade do cuidado (BATISTA *et al.*, 2019).

O complexo regulador é instituído por três modalidades: Regional, Estadual e Municipal. A Regional estaria interligada à regulação sob gestão do ente estadual com participação da gestão municipal em que, ao realizar compartilhamento na gestão para a regulação do acesso à assistência à saúde ficaria a cargo do Estado as referências inter-regionais e a nível municipal a regulação de sua própria população adscrita. A nível Estadual o Complexo Regulador sob gestão da SES tende a regular apenas o acesso circunscrito as unidades de saúde sob gestão do Estado e, assim, por seguinte, a Municipal sob gestão do município (BRASIL, 2008).

A organização do Complexo regulador, está intimamente interligada a CR que envolve consultas e exames, internações hospitalares e regulação de urgência. Estas, vinculadas a regular o acesso aos procedimentos ambulatoriais que envolvem cirurgias além de procedimentos eletivos, acesso a leitos hospitalares e atendimentos de urgências de maiores complexidades em âmbito hospitalares (BRASIL, 2008).

A regulação do acesso à assistência aos serviços de saúde, tende a fortalecer o processo de organização e controle dos fluxos assistenciais, proporcionado pelo acesso aos serviços de saúde de forma equânime com preocupação nas ações de regulação médica a parti das CR, Complexo Regulador, protocolo de acesso, fluxo assistenciais e manuais mediante classificação de risco pactuado entre os entes federativos (ALMEIDA; ALMEIDA; MELO, 2020).

2.3 O processo da Regulação em Saúde e do acesso à assistência aos serviços de saúde no SUS

A regulação em saúde é um instrumento utilizado pela gestão com intenção de viabilizar serviços e ações especializados já programados de uma agenda de serviços fornecida pelo Estado. Uma rede bem articulada na regulação em saúde, configura um importante impacto na regulação do acesso para as demandas assistenciais existentes da população adscrita (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016; FONSECA *et al.*, 2018).

O contexto da regulação em saúde envolve dois aspectos. O primeiro relacionado ao acesso da população aos serviços e ações de saúde, em que está imerso o fluxo de direcionamento da demanda destes serviços. O segundo, interligado a estratégia de gestão para que as prioridades de alocação destas seja adequado à realidade local de uma população. Em si, sem que ocorram perdas de recursos, garantindo um acesso à assistência direcionado aos usuários e nas suas necessidades ao sistema de saúde de forma equânime, tendo a perspectiva de um apoio matricial de toda uma RAS (BATISTA *et al.*, 2019).

O processo de regulação pode gerar dificuldades de manuseio pelos profissionais de saúde. Neste interim, a de se refletir na importância da articulação entre os autores sociais para que se tenha uma coordenação na regulação em Saúde de forma a manter a equidade, integralidade no atendimento e no acesso resolutivo a atenção à saúde (SILVEIRA; CAZOLA; SOUZA, 2018; FREIRE *et al.*, 2020).

A articulação do processo de regulação do acesso aos sistemas de saúde está imersa na distribuição equitativa na oferta dos serviços e ações de saúde a depender da necessidade da sociedade. Sua dinâmica advém da estrutura do perfil de morbidade encontrada na sociedade. Dependendo deste perfil, determinados serviços podem ser reprimidos ou não para viabilizar as necessidades de maiores ocorrência de solicitações e promover melhores repasses de recursos disponíveis para o setor saúde (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

Sua intenção está em proporcionar aos usuários do SUS a confiabilidade que suas necessidades pela assistência a ser prestada seja atendida e seu acesso à assistência aos serviços de saúde garantidos. A preocupação está associada desde a marcação da consulta até o seu processo do atendimento pelo profissional especializado. Além de garantir acolhimento proposto pela classificação de risco e alocação eficaz das reais necessidades de saúde do paciente ao minimizar os gastos públicos e reduzir as filas de esperas exorbitantes por uma

consulta, valorizando o acesso (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016; SILVEIRA; CAZOLA; SOUZA, 2018; FREIRE *et al.*, 2020).

Assim como, garanti aos agentes reguladores equilibrar a oferta por serviços de saúde com a demanda de solicitações para a atenção especializada, mediante recursos financeiros com a adequada realidade da demanda populacional e de seus impactos nos indicadores de saúde para a tomada de decisão dos gestores em saúde. Além do uso como ferramenta de regionalização, proporciona reduzir as filas de espera nas unidades de saúde e garantir o acesso equânime aos diversos níveis de atenção (básica, média e alta complexidade) tanto hospitalar quanto ambulatorial (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

O processo de regulação do acesso aos sistemas de saúde é interligado por meio de protocolos, fluxos assistenciais, manuais e diretivas que procuram manter um ponto de equilíbrio entre oferta e demanda dos serviços de saúde a serem prestados à população de maneira clara e transparente. Diante destes documentos, o direcionamento dos pacientes a áreas específicas da assistência faz com que não ocorra superlotação nas unidades hospitalares e os pacientes acessem as especialidades médicas de maneira equânime, com base na classificação de risco (FONSECA *et al.*, 2018; BATISTA *et al.*, 2019).

O reflexo dos direcionamentos para as unidades especializadas tende a ser ocasionada pelas necessidades provocadas pela Atenção Primária em Saúde (APS), como indutora e coordenadora do cuidado. Neste caso, o profissional regulador tende a possuir um senso crítico em relação aos pedidos dos solicitantes, visto a demanda de serviços fornecidos pelo estado, as quais, garanta acesso e permita as ações dos mecanismos de regulação e integralidade na organização do acesso advindo das necessidades do indivíduo e não do agente regulador (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016; CAMPOS; FOSTER; FREIRE FILHO, 2016; FREIRE *et al.*, 2020).

A população perfaz por grupos sociais distintos que merece atenção redobrada pelo profissional regulador. Este, não está diretamente com o paciente, mas sua interação é elencada entre o profissional solicitante que contextualiza a necessidade de saúde-doença de seu paciente e a sua necessidade de acesso aos serviços de saúde. A falta de protocolos de acesso, fluxos e manuais tendem a ser uma barreira para a equidade e direcionamento coerente aos serviços, gerando falhas na eficácia, efetividade e eficiência no processo de regulação do acesso aos serviços especializados (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

Estudos afirmam que a regulação do acesso aos serviços de saúde tende a perpassar de um ato burocrático, rico de protocolos. Caracteriza por um processo de busca de resolubilidade dos serviços e ações de saúde de maneira a proporcionar a humanização assistencial nos níveis de atenção à saúde. Em si, valoriza a organização de todo percurso de direcionamento do paciente em seu acesso a entrar na RAS até por uma resolutividade dentre de um serviço de atenção à saúde especializado. Carrega uma flexibilidade pois, é vislumbrado para atender a demanda do paciente na rede e de suas reais necessidade de saúde-doença e está associado à relação da saúde como direito versus interesse de mercado (BATISTA *et al.*, 2019; FREIRE *et al.*, 2020).

As ações regulatórias em saúde pelos Estados são desencadeados pelas necessidades de acesso aos sistemas de saúde contrapondo os interesses do mercado em fornecer os serviços para as entidades públicas. Quanto maior a relação existentes dos direitos sociais maiores será essa relação da participação do Estado nas ações da regulação. Outro questionamento estaria associado ao sistema de cotas de acesso aos níveis de atenção superior ascendente da atenção primária. Neste, destaca-se o sistema de controle e avaliação para a gestão em saúde para ofertar essas cotas para a rede especializada de atenção à saúde para sua população e garantia de acesso aos serviços de saúde (FONSECA *et al.*, 2018; FREIRE *et al.*, 2020).

2.4 Protocolos, fluxos assistenciais, manuais e a informatização para a regulação do acesso à assistência aos serviços de saúde no SUS

A regulação do acesso aos serviços de saúde é focalizada na classificação de risco. Sua estrutura, tem como base os protocolos de acesso, fluxos assistenciais e manuais que buscam garantir o acesso das demandas de saúde da população e contribuir com a tomada de decisão. Com o auxílio destes documentos, o profissional ligado ao manejo do processo da regulação do acesso em saúde pode ter critérios para priorizar as demandas existentes com agilidade. Com um olhar crítico das necessidades do paciente, direciona as prioridades de acesso aos serviços de saúde, provendo equidade nos atendimentos. Sua intenção é de não gerar acúmulos desnecessários nas especialidades médicas, abarcadas pela estrutura de serviços disponibilizada pelo Estado (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

Almeida *et al.*, (2019) acrescenta que a falta de documentos como os protocolos poderiam acarretar dificuldades no referenciamento dos pacientes as unidades de saúde

especializada. Os profissionais que demandariam não teriam racionalização para o quantitativo de indivíduos que seriam enviados para ser consultados, com acúmulo terapêutico desnecessário para o sistema de saúde, ampliação dos gastos públicos e minimizando o processo de equidade. Sendo, portanto, a necessidade de um planejamento e programação adequada para as realidades regionais de cada Estado ou município.

Ferramentas tecnológicas têm sido utilizadas, buscando-se reconhecer a demanda por acesso dos pacientes por uma assistência qualificada e um mecanismo de controle de oferta e demanda adequada pelos serviços especializados. Essas ferramentas são programas de computador, com finalidade de padronizar e racionalizar o fluxo do acesso, proporcionar um planejamento adequado e garantir equidade no atendimento, aumentando a transparência, coibindo o clientelismo e um controle da gestão (BATISTA *et al.*, 2019).

Caso o município não possua ferramentas adequadas a manutenção de atendimento de serviços de saúde, está poderá ser demandada para outros municípios que possua o mecanismo assistencial, através da pactuação entre os entes federativos, ou até mesmo, municípios parceiros. Os direcionamentos são concretizados pelo Sistema Estadual de Regulação através no agendamento de procedimentos no SISREG (FONSECA *et al.*, 2018).

O SISREG é um instrumento de informação responsável em manipular dados de acesso dos fluxos assistenciais mediante protocolo de acesso, além de constituir de um norteador para a tomada de decisões dos gestores em saúde em relação a alocações de recursos públicos. Em si, funciona como ferramenta de apoio as decisões e de intercomunicação com outros setores da saúde, como a Atenção Básica (AB). Além de funcionar como ferramenta, também corrobora para a realização de avaliações dos pedidos dos solicitantes, das consultas realizadas, do absenteísmo que possam ocorrer desde a solicitação das marcações das consultas (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

Beltrame *et al.* (2019) afirma que através do SISREG é possível que os gestores em saúde possam analisar os dados do sistema das consultas e exames e identificar o absenteísmo dos usuários. Em si, tende a provocar questionamentos nos gestores em saúde a preocupação do andamento de suas ações como ente estadual no processo da Regulação ao acesso assistencial dos sistemas de saúde, primordialmente no SUS, em que se possa observar os desperdícios da alocação dos serviços e ações promovidas pela demanda da população por um acesso equânime.

A minimização das filas de esperas em âmbitos hospitalares quanto ambulatorial, auxiliado por sistemas de informações, proporciona banco de dados essenciais para o fluxo e contrafluxo dos usuários âmbito do SUS. Permeado pelas CR, busca a garantia do aumentando na resolutividade assistencial e equidade no atendimento. Neste sentido, a função dos protocolos tendem a proporcionar guias coerentes aos serviços de saúde de forma a direcionar as ações e tomada de decisão dos gestores em saúde (KATZ *et al.*, 2020).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar as publicitações das informações dos mecanismos do processo regulatório do acesso à assistência aos serviços de saúde entre os estados do Brasil.

3.2 Específicos

Identificar as publicitações das informações dos mecanismos do processo regulatório do acesso à assistência das secretarias estaduais de saúde do Brasil relacionadas à regulação em saúde.

Caracterizar os mecanismos da regulação do acesso à assistência aos serviços de saúde;

Comparar as estruturas organizativas da regulação do acesso à assistência à saúde entre os estados brasileiros.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

Caracteriza-se como um estudo quantitativo, de natureza exploratório-descritivo. Segundo Marques & Melo (2017) o estudo quantitativo está vinculado a ação do controle sobre o que se está estudando com uso da estatística como suporte de análise dos dados, com intuito, de proporcionar informações sobre determinado fenômeno.

Devido à escassez de literatura que discuta modelos de estrutura organizacional de regulação assistencial, o presente estudo busca responder a seguinte pergunta condutora: como têm se organizado os setores de regulação em saúde dos estados brasileiros, levando-se em consideração a Política Nacional de Regulação?

4.2 População e amostra

A pesquisa foi realizada com fonte de dados secundários de domínio público em âmbito nacional, relacionados a arquivos hospedados através dos endereços eletrônicos e links das SES, apresentado na Tabela 1, no mês de Janeiro de 2021, dos estados no Brasil e do Distrito Federal.

A amostra é composta dos mecanismos que dá suporte à compreensão da Regulação do Acesso como: organograma do setor de regulação, composição do complexo regulador, fluxograma, manuais, protocolos clínicos e de fluxo, Política Estadual de Regulação, Resoluções próprias e nome do sistema eletrônico de agendamento e fluxos.

Tabela 1: Endereço eletrônico das Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil, Janeiro, 2021

REGIÃO	ESTADO	ENDEREÇO ELETRÔNICO
Nordeste	Alagoas (AL)	www.saude.al.gov.br
	Bahia (BA)	www.saude.ba.gov.br
	Ceará (CE)	www.saude.ce.gov.br
	Maranhão (MA)	www.saude.ma.gov.br
	Paraíba (PB)	www.saude.pb.gov.br
	Pernambuco (PE)	www.saude.pe.gov.br
	Piauí (PI)	www.saude.pi.gov.br
	Rio Grande do Norte (RN)	www.saude.rn.gov.br
	Sergipe (SE)	www.saude.se.gov.br

Norte	Acre (AC)	www.saude.acre.gov.br
	Amazonas (AM)	www.saude.am.gov.br
	Amapá (AP)	www.saude.portal.ap.gov.br
	Pará (PA)	www.saude.pa.gov.br
	Roraima (RR)	www.rondonia.ro.gov.br
	Rondônia (RO)	www.saude.rr.gov.br
	Tocantins (TO)	www.saude.to.gov.br
Centro-oeste	Goiás (GO)	www.saude.go.gov.br
	Mato Grosso do Sul (MS)	www.saude.ms.gov.br
	Mato Grosso (MT)	www.saude.mt.gov.br
	Distrito Federal (DF)	www.saude.df.gov.br
Sudeste	Espírito Santo (ES)	www.saude.es.gov.br
	Minas Gerais (MG)	www.saude.mg.gov.br
	Rio de Janeiro (RJ)	www.saude.rj.gov.br
	São Paulo (SP)	www.saude.sp.gov.br
Sul	Paraná (PR)	www.saude.pr.gov.br
	Rio Grande do Sul (RS)	www.saude.rs.gov.br
	Santa Catarina (SC)	www.saude.sc.gov.br

Fonte: O Autor, 2021.

4.3 Local de estudo

Sítios eletrônicos de domínio público das secretarias estaduais e do Distrito Federal no Brasil.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados entre janeiro a março de 2021 e armazenados em computador dos pesquisadores envolvidos, para a realização da sistematização e análise. Observa-se a Lei 12.527/2011 referente ao direito ao acesso à informação e suas restrições, que autoriza estudos com uso de dados primários de domínio público, garantido pela Constituição Federal de 1988.

4.5 Procedimento de análise dos dados

A pesquisa foi realizada em três etapas:

Pré-análise - Compreende a etapa de definição da temática a ser abordada, identificação dos objetivos, pergunta condutora, metodologia aplicada, identificação no endereço eletrônico no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

(DATAUS):<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/estabbr.dos>
estabelecimentos por regiões e estado que possuem CR (Anexo A) e coleta da amostra

Organização do Material - Elaboração de uma matriz comparativa de elementos (Anexo B) que dão suporte e compõe os instrumentos estruturais da regulação do acesso assistencial à saúde.

Tratamento dos dados - Análise e Interpretações dos dados coletados, comparando informações para a obtenção de conclusões lógicas, com o uso do quartil em que serão dividido a amostra em quatro partes iguais, tendo como resposta 25%, 50%, 75% e 100% da amostra.

4.6 Procedimentos éticos

Por se tratar de uma pesquisa documental cuja fonte de dados é de domínio público e de livre acesso, o presente estudo não necessitou de apreciação por parte do Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos. Foram observados os preceitos éticos preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, de que trata da pesquisa e testes com seres humanos.

5 RESULTADOS

O Quadro 1 sistematiza uma matriz comparativa de um conjunto de mecanismos necessários à compreensão do contexto da Regulação do acesso à assistência à saúde. Segundo os instrumentos que dão suporte à compreensão da Regulação do Acesso como: Organograma; Estrutura Hierárquica; Composição do Complexo Regulador; Fluxograma; Manuais; Arquivos de protocolos clínicos e de fluxo; Políticas Estadual de Regulação; Resoluções próprias; Sistema Eletrônico de agendamento e gestão de fluxos.

Quadro 1: Matriz comparativa dos mecanismos da Regulação do acesso à assistência aos serviços de saúde no Brasil, janeiro de 2021.

Região	Estado	1	2	3	4	5	6	7	8	9
NORDESTE	AL	S	S	S	N	N	N	N	N	S
	BA	N	S	S	S	S	N	N	S	N
	CE	S	S	S	N	N	N	N	S	N
	MA	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	PB	N	N	N	N	N	N	N	S	N
	PE	S	S	S	S	S	S	S	S	S
	PI	N	S	S	S	S	S	N	S	N
	RN	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	SE	S	S	S	N	N	S	N	S	N
NORTE	AC	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	AM	S	S	N	S	S	S	N	N	N
	AP	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	PA	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	RO	S	S	S	N	N	N	N	N	N
	RR	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	TO	S	S	S	N	N	N	N	S	N
CENTRO-OESTE	GO	S	S	S	S	S	S	N	S	N
	MS	N	S	N	N	S	N	N	S	N
	MT	S	S	N	N	N	N	N	S	N
	DF	S	S	S	N	S	S	N	N	S
SUDESTE	ES	S	S	S	S	N	S	N	N	S

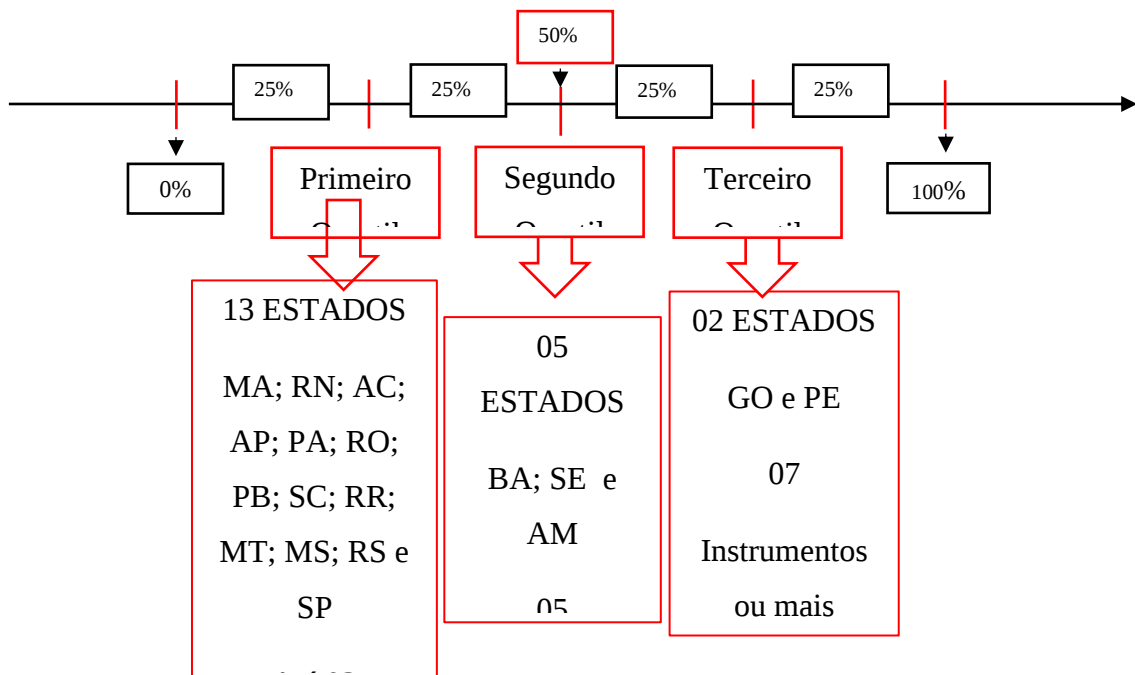
	MG	S	S	N	N	N	N	N	S	S
	RJ	N	N	N	N	N	S	N	S	S
	SP	N	N	S	N	N	S	N	S	N
SUL	PR	S	S	S	N	N	N	N	N	S
	RS	N	S	N	S	N	S	N	S	N
	SC	N	S	N	N	N	N	N	S	N

Legenda: 1: Organograma; 2: Estrutura Hierárquica; 3: Composição do Complexo Regulador; 4: Fluxograma; 5: Manuais; 6: Arquivos de protocolos clínicos e de fluxo; 7: Políticas Estadual de Regulação; 8: Resoluções próprias; 9: Sistema Eletrônico de agendamento e gestão de fluxos.

Fonte: O Autor, 2021

Segundo os dados apresentado no quadro 2, Em 78% dos endereços eletrônicos das SES foram identificados as publicações das informações dos mecanismos do processo regulatório do acesso à assistência aos serviços de saúde entre os estados do Brasil. Tendo a Região Norte-Nordeste com 22,2% sem informações (AC, RN, AP, PA, RO e MA). A Figura 1 demonstra a distribuição por quartil dos mecanismos publicitados do processo regulatório do acesso à assistência aos serviços de saúde entre os estados do Brasil.

Figura 1: Distribuição por quartil dos mecanismos publicitados do processo regulatório do acesso à assistência aos serviços de saúde entre os estados do Brasil. Abril, 2021



Fonte: O Autor, 2021.

Segundo a Figura 1, treze (13) SES (Maranhão, Rio grande do Norte, Acre, Amapá, Pará, Rondônia, Paraíba, Santa Catarina, Roraima, Mato grosso, Mato grosso do Sul, São Paulo) foram identificadas no primeiro quartil, ou seja, corresponde a 25% das informações publicitadas que contêm até no máximo 03 mecanismos, enquanto na média de 05 mecanismos está presente na Bahia, Sergipe e Amazonas, ao qual, consta no segundo quartil, ou seja, 50% de informações. No terceiro quartil Pernambuco e Goiás possuem valores a partir do qual se encontra 25% do quantitativo de informações publicitadas mais elevadas, contabilizando 7 mecanismos ou mais. O quadro 2 é referente a caracterização da composição dos mecanismos do processo regulatório que auxilia na estrutura organizativa da regulação em saúde entre os estados no Brasil,

Quadro 2: Caracterização da composição dos mecanismos do processo regulatório entre os estados no Brasil. Abril, 2021

MECANISMOS	ESTADOS
ORGANOGRAMA - 48% das SES	AL; CE; PE; SE; AM; RO; TO; GO; MT; DF; ES; MG; PR – 12 ESTADOS e DF
ESTRUTURA HIERÁRQUICA - 66,6% das SES	AL; BA; CE; PE; PI; SE; AM; RO; TO; GO; MS; MT; DF; ES; MG; PR; RS; SC
COMPOSIÇÃO DO COMPLEXO REGULADOR - 48% das SES	AL; BA; CE; PE; PI; SE; RO; TO; GO; DF; ES; SP; PR
FLUXOGRAMA - 30% das SES	BA; PE; PI; AM; GO; ES; RS
MANUAIS - 30% das SES	BA; PE; PI; AM; GO; MS; DF
PROTOCOLOS -37% das SES	PE; PI; SE; AM; GO; DF; ES; RS; SP; RS
POLÍTICA ESTADUAL DE REGULAÇÃO - 3,7% das SES	PE
RESOLUÇÕES PRÓPRIAS - 55,5% das SES	BA; CE; PE; PB; PI; SE; TO; GO; MS; MT; MG; RJ; SP; RS; SC
SISTEMA ELETRÔNICO DE AGENDAMENTO E GESTÃO DO FLUXO - 30% das SES	AL; PE; DF; ES; MG; RJ; PR

Fonte: O Autor, 2021

O quadro 2 demonstra que a informação de maior publicitação é a estrutura hierárquica do Complexo Regulador contendo em dezoito (18) estados brasileiros (66,7%), seguido por Resoluções próprias em quinze (15) estados (55,5%), Organograma com treze (13) estados (48%), Composição do Complexo Regulador em treze (13) estados (48%), Arquivos de protocolos clínicos e de fluxo em dez (10) estados (37%), Fluxograma, Manuais e Sistema

Eletrônico de agendamento e de gestão de fluxo em sete (7) estados para cada instrumento (30%) e apenas em um (1) estado (3,7%) foi detectado a Política Estadual de Regulação.

Os endereços eletrônicos das SES localizadas nas regiões norte-nordeste que apresentam menos informações quanto a regulação do acesso aos serviços de saúde são o Acre, Amapá, Pará, Roraima, Maranhão e Rio Grande do Norte com nenhum dado em seu sistema ao analisar um total de nove (9) instrumentos. Dos que apresentam informações (20 estados e o Distrito Federal), ao qual, corresponde a 68% apresentam organogramas referente as suas estruturas organizativas informando suas hierarquias nos serviços de saúde.

Foram detectados treze (13) organogramas nos endereços eletrônicos das SES. Na região Nordeste foram detectados em quatro estados (Alagoas, Ceará, Pernambuco e Sergipe); Norte foram encontrados em três (Amazonas, Pará e Tocantins); no Centro-Oeste três estado (Goiás, Mato Grosso e Distrito Federal); Sudeste dois estados (Espírito Santo e Minas Gerais); e Região Sul em um estado (Paraná).

Em relação a estrutura Hierárquica do Complexo Regulador foram encontrados em 66,7% estados. Mas, os seguintes estados não apresentaram: Maranhão, Paraíba, Rio Grande do Norte, Acre, Amapá, Paraná, Roraima, Rio de Janeiro e São Paulo). Embora, no DATASUS consta que todos os estados possuem CR, 48% dos estados apresentam a composição do Complexo Regulador, incluindo Maranhão, Paraíba, Rio Grande do Norte, Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Roraima, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

Em relação aos fluxogramas, 30% dos estados apresentam fluxogramas esquematizados explicativos de direcionamento para a atenção especializada em saúde excluindo Alagoas, Ceará, Maranhão, Paraíba, Rio Grande do Norte, Sergipe, Acre, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina. Reforça-se que em três estados, Amazonas, Espírito Santo e Rio Grande do Sul não apresentam esquematizados e sim em formato textual.

Em relação aos documentos referente a manuais, 30% dos endereços eletrônicos das SES contém informações sobre o processo regulatório do acesso assistencial, os estados seguintes não consta: Alagoas, Ceará, Maranhão, Paraíba, Rio Grande do Norte, Sergipe, Acre, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina). Apenas em 37% apresentaram arquivos de protocolos clínicos e de fluxo, excluindo: Alagoas, Bahia, Ceará,

Maranhão, Paraíba, Rio Grande do Norte, Acre, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina.

Em relação a Política Estadual de Regulação, apenas o estado de Pernambuco possui no endereço eletrônico da SES a sua Política, ou seja, 3,7% dos estados. Ao direcionar as políticas existentes referente a regulação em saúde, 55,6% dos estados possuem informações legais quanto a Resoluções próprias, menos Alagoas, Maranhão, Rio Grande do Norte, Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Distrito Federal, Espírito Santo e Paraná). Dentre os Sistema Eletrônico de agendamento e gestão de fluxos, apenas os endereços das SES apresentaram o sistema como Alagoas, Pernambuco, Distrito Federal, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Paraná.

6 DISCUSSÃO

Evidências apontam que há existência de falhas no processo regulatório. Dentre as quais, falhas nos critérios de encaminhamentos com protocolos inadequados, falta de leitos, demandas exorbitantes por solicitações de consultas e exames especializados, sistema eletrônico de difícil acesso para a sua operacionalização e marcação de consultas e fluxos assistências inapropriadas para a realidade do perfil de morbidade da população para diferentes níveis de complexidades. Além do absenteísmo provocado pela falta do usuário nas consultas agendadas. Neste interim acarretando dificuldades de acesso e comunicação entre a Atenção Primária e a Regulação ao acesso assistencial (SILVA *et al.*, 2017; BASTOS *et al.*, 2020).

Desafios como financiamento e uma gestão inadequada no SUS tende a fortalecer uma estrutura crônicas que são difíceis de superação e minimização de iniquidades do acesso. Dentre as quais, oferta de leitos em unidades privadas de saúde, falta de investimento adequado para a AB, oferta de serviços inferior a demanda populacional, uma classificação de risco inadequada para as reais necessidades de saúde da população, além da ruptura da própria autonomia da regulação em saúde. Quando se pensa na regulação do setor privado, não se possui esta lógica de oferta e demanda do usuário e sim proteger os direitos dos consumidores (BARROS; AMARAL, 2017).

Ferreira, Salgado Junior e Costa (2019) detectaram que a ruptura do fluxo assistencial é considerado um dos graves entraves para o SUS. A existência de fronteiras no quantitativo de vagas previamente estabelecida para o acesso por especialidades médicas para cada município a depender do seu aporte populacional, a qualidade assistencial e falta de serviços adequados de média e alta complexidade, tendem a dificultar o processo de regulação do acesso aos serviços de saúde. Ademais, os autores identificaram que não há um equilíbrio entre oferta e demanda dos serviços de saúde diante do SUS, o que norteia preocupações quanto ao acesso assistencial e ruptura da integralidade.

Segundo Barros e Amaral (2017) ao contextualizar os desafios da regulação em saúde no Brasil, os autores afirmam que mesmo com a tentativa de priorizar o acesso aos serviços de saúde envolvidos através da regulação em saúde, a falta de informações existentes como protocolos de acesso, fluxo assistenciais e manuais tende a dificultar o processo de implementação do acesso dos usuários mediante a regulação em saúde.

O presente estudo detectou 37% dos estados contêm protocolos nos endereços eletrônicos das SES, 30% contêm fluxos e 30% manuais, o que poderia corroborar com o estudo de Barros e Amaral. Mesmo com a existência de registros do DATASUS de CR em todos os estados brasileiros, apenas 48% apresentam a estrutura da composição do Complexo Regulador. Fica evidente a necessidade de se ter mais transparência nas informações publicadas em seus endereços eletrônico afim de proporcionar uma gestão racionalizada e de qualidade (BARROS; AMARAL, 2017).

Como parte da RAS a regulação em saúde busca desenvolver articulações intersetoriais dentro da rede. Com definição dos fluxos assistenciais permite a garantia de equidade no acesso. Mas, o estudo detectou apenas 30% das SES contendo arquivos de fluxogramas. Levantando mais uma vez o questionamento da racionalização das informações, assim como a implementação da transparência no setor saúde e qualidade nos serviços (CARROLL; GOMIDE, 2020).

No estudo de Souza (2020) acrescenta a importância da padronização do sistema de informação para apoio a gestão, auxílio e integração dos serviços de saúde e facilidade de acesso as informações. O estudo apresentou que 30% dos endereços eletrônicos das SES possuem informações quanto ao uso do SISREG em Alagoas, Pernambuco e no Distrito Federal, Sistema Estadual de Regulação Assistencial (SUSfácil) em Minas Gerais, Sistema Estadual de Regulação (SER) no Rio de Janeiro e o CARE Paraná no Paraná. Ademais, ao se ter uma única base de dados a um envolvimento de toda estrutura hierárquica do complexo regulador com definições sólidas e possíveis otimização dos recursos públicos que venham a fortalecer o acesso aos serviços de saúde.

Quando se avalia os instrumentos envolta do processo de regulação em saúde, pensa-se em fomentar estratégias de acesso promovendo resolutividade para as ações de saúde e qualidade aos serviços. Otimizando o Complexo Regulador, minimiza-se as dificuldades encontradas como encaminhamentos errôneos e ofertas desnecessárias a Atenção Especializada, além de contribuir em melhoria para a APS. Em síntese, “constituam estratégias que impactem na APS, nos processos de regulação do acesso (desde os serviços solicitantes até as centrais de regulação), bem como na organização da Atenção Especializada” (BERNARDINHO JÚNIOR et al., 2020. p.695).

A partir das coletas das informações obtidas pelos endereços eletrônicos das SES, formam identificadas mecanismos que auxiliam no entendimento do processo regulatório do

acesso assistencial aos serviços de saúde no Brasil a nível estadual. A análise dos materiais possibilitou a extração de duas categorias. "Mecanismos do processo regulatório do acesso à assistência à saúde entre os estados brasileiros" e "Uso dos mecanismos do processo regulatório do acesso para a tomada de decisão dos gestores na Atenção à Saúde".

5.1 Mecanismos da estrutura organizativa do processo regulatório do acesso à assistência à saúde entre os estados brasileiros

Os mecanismos vinculados ao acesso assistencial as ações e serviços regulados pela saúde estão interligados a desfechos positivos no cuidado. Associado a encaminhamento da APS para a atenção especializada (Ambulatorial e Hospitalar) dentro de uma RAS. Estes mecanismos, proporciona a ampliação da resolubilidade dos serviços de saúde, redução de tratamentos médicos excessivos e dos gastos públicos. Além do que, permite uma ampliação do acesso assistencial mais equânime, redução de filas de espera nas unidades de saúde e encaminhamentos coerentes com as reais necessidade de saúde de uma população (BATISTA *et al.*, 2019; BASTOS *et al.*; KATZ *et al.*, 2020).

Com a implantação do SUS, observasse intenções de valorizar o acesso aos serviços de saúde. Tendo a Regulação do sistema de saúde uma maneira de realizar a conexão entre a gestão e a atenção à saúde. Adequando os fluxos assistenciais principalmente relacionados a regulação da otimização dos leitos hospitalares, com intuito, atender as necessidades dos usuários que buscam pelos serviços hospitalares. Além do que, possibilita o monitoramento dos usuários que são direcionados a estes leitos durante todo o processo de internação do paciente na unidade de saúde, assim como ter ciência de toda capacidade instalada do hospital como recursos físicos e humanos para o processo de assistência ao paciente atendendo toda a sua demanda pelo acesso a serviço de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2019).

Quando se avalia os fluxos assistenciais, estudos indicam que coexistem desorganização dos usuários dentro de uma rede de oferta de serviços. Questões como: qualidade dos serviços, quantidade exacerbada de pacientes direcionados para uma mesma especialidade médica sem nenhuma classificação permite que os serviços de saúde não efetive a integralidade proposto pelo SUS. Desta forma, a atenção secundária tornasse sobrecarregada. A partir daí, há necessidade de que a regulação do acesso busque ser resolutiva na perspectiva de orientação dos fluxos assistenciais de maneira clara e objetiva, auxiliando os profissionais de saúde em sua tomada de decisão e direcionamento do paciente de acordo com suas reais necessidade de saúde para o acesso ao sistema de saúde (FERREIRA; SALGADO JUNIOR; COSTA, 2019).

Entretanto, os protocolos tendem a não surtir uma qualidade de informações quando os profissionais de saúde não compreendem a sua necessidade de aplicabilidade nos serviços ou não possuem o uso em sua rotina de trabalho. Ademais, com uma estrutura de articulação em Rede Assistencial, os protocolos estão associado a determinada condição de saúde de acordo com determinada comorbidade. Torna-se então preocupante quando se tem apenas 37% de arquivos de protocolos nos endereços eletrônicos das SES, o que poderia dificultar a qualidade de informações geradas e na racionalização pelos estados diante do processo de regulação do acesso aos serviços de saúde no Brasil (KATZ *et al.*, 2020).

Estudo abordado por Katz *et al.* (2020) contribui com a necessidade de aplicabilidade de protocolos na regulação do acesso assistencial aos serviços especializados. Os autores afirmam que, com o uso de protocolos de acesso aos sistemas de saúde, ocorreram uma redução de 30% de filas de espera, visto que, os encaminhamentos passaram a ser mais específico diante das reais necessidades de saúde da população, reduzindo agendamentos desnecessários, redução no tempo de espera desde o agendamento da consulta até a sua efetivação.

Caso a unidade não possua protocolos implantados em sua rotina diária poderá acarretar referências errôneas para os sistemas de saúde, proporcionando ampliação de filas de espera para o agendamento e realização da consulta especializada, gastos de recursos públicos desnecessários e iniquidades no atendimento aos usuários. Sendo, portanto, necessário o processo de qualificação da Regulação do acesso aos serviços de saúde em todo o território brasileiro, com participação ativa do governo estadual que contribuirá com o processo de regionalização. Com seu uso, o profissional terá ciência nas suas tomadas de decisão com base na classificação de risco e encaminhamentos seguros para a atenção especializada, garantindo um processo de acesso aos serviços de saúde equânime e com pensamentos na gestão dos recursos públicos de saúde (ALMEIDA *et al.*, 2019).

Embora, alguns estados não possuam protocolos de acesso ou fluxos assistenciais nos endereços eletrônicos de suas respectivas secretarias de saúde, como demonstrado no estudo. Mas, os serviços de saúde tendem a possuir, a sua necessidade leva a compreensão de gerar facilidade no acesso, para que os serviços de saúde possuam maior dinamicidade em sua rotina de serviço, facilitando encaminhamentos eficazes e acessibilidade aos serviços de saúde a serem regulados, assim como, permitir ações rápidas e oportunas dentro de uma rede de serviços a determinado tratamento (KATZ *et al.*, 2020).

Estudos indicam que a necessidade dos fluxogramas dentro da regulação do acesso assistencial indicaria o fluxo de encaminhamentos das ações e serviços de saúde pelos profissionais de saúde, que são guiados para uma adequada estrutura serviços de saúde. Para tanto, é essencial que as SES possuam documento norteadores que irão auxiliar os profissionais de saúde, qualificando os mesmos. Outro ponto relevante, estaria interligado a comunicação entre os serviços de saúde regulados, nestes compreende aos sistemas eletrônicos de agendamento e gestão dos fluxos das informações. Em que tanto, os serviços regulados são marcados pelos agentes reguladores e acompanha todo percurso do usuário dentro do sistema de saúde, assim como, dão suporte a futuras auditorias (KATZ *et al.*, 2020).

5.2 Uso dos mecanismos da estrutura organizativa do processo regulatório do acesso para a tomada de decisão dos gestores na Atenção à Saúde

É importante frisar que garantir acesso à assistência e continuidade aos serviços de saúde é permeado pelo uso racional dos recursos advindos para a qualificação dos serviços prestados aos usuários e carrega desafios para o SUS. Tais desafios como: reestruturação da rede de serviços, da fragmentação do cuidado e da regulação do acesso associado a oferta de leitos ambulatoriais e hospitalar (ALMEIDA *et al.*; BATISTA *et al.*; FERREIRA; SALGADO JUNIOR; COSTA 2019; FREIRE *et al.*, 2020).

Embora, o contexto referente a eficiência do acesso permite compreender ao máximo de desperdícios de recursos, de tempo e da redução na formação de filas de esperas nas unidades hospitalares. Auxilia, no processo de desempenho, identificando oportunidades de mudanças, fornece atendimento adequado, seguro e eficazes e traz resolutividade para o paciente dentro da RAS, com definições eficientes de fluxos assistenciais e comunicação em rede (ALMEIDA *et al.*, 2018; FERREIRA; SALGADO JUNIOR; COSTA 2019; FREIRE *et al.*, 2020).

Tentar equilibrar o processo regulatório do acesso com os arcabouços legais que norteiam os princípios do SUS é buscar distanciar de um ato burocrático. Perpassa por priorizar indivíduos em uma fila de espera decorrente de um agendamento de consultas até o atendimento médico. Sendo, necessário refletir no fluxo assistencial e manter o usuário dentro de uma RAS sem perdê-lo, acompanhando-lhe em todo seu percurso, arranjos e mecanismos tecnológicos que as suas reais necessidade irão demandar (ALMEIDA *et al.* ; BATISTA *et al.*, 2019; FREIRE *et al.*, 2020).

Diante deste aspecto, o gestor em saúde necessariamente deve compreender que a regulação do acesso corresponde por um processo formal de encaminhamentos aos serviços de

saúde e garantia de acesso aos serviços de saúde com os recursos públicos disponíveis. Norteada por instrumentos como organogramas, fluxos assistenciais, protocolos de acesso, resoluções legais e sistemas de informações capazes de garantir atividades para organizar e priorizar o acesso assistencial aos serviços de saúde, garantindo os princípios do SUS. Além de, permitir transparência aos serviços de saúde e racionalização das informações como forma estratégica de se estabelecer equidade no processo regulatório ao acesso assistencial e na qualidade a ser prestada (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2017; AGUIAR; LIRA; FONSSECA *et al.*, 2018).

Em um estudo abordado por Konder & O'dwyer (2019) a demanda acarretada para o acesso a assistência deu-se devido à qualificação da Atenção a nível primário em saúde. Neste passo, proporcionado uma reestruturação do acesso mais especializado. Entretanto, dificuldade adveio, como a precarização nos serviços de saúde, falta de profissionais qualificados, demandas reprimidas tanto ambulatorial quanto hospitalar e superlotação nas unidades de saúde, acarretando o processo de filas de esperas e o absenteísmo.

Segundo o estudo abordado por Balderrama *et al.* (2019) o acesso aos serviços de saúde obteve uma melhora devido à uma participação ativa da gestão dos serviços no setor saúde. Desta forma, contribuído com o processo de regulação do acesso, avaliações e monitoramento das ações de saúde. Ao implementar ações de saúde através da estruturação da RAS o próprio sistema de saúde passou a observar a redução das filas de esperas com diminuição das referências ambulatoriais e hospitalares. Atrelado a melhoria na qualidade da atenção prestada aos usuários e fortalecendo as decisões assertivas dos gestores em saúde para a redução dos gastos públicos, além de contribuir para articulações intersetoriais dentro da RAS para o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Dentre deste aspecto, a saúde utiliza como mecanismo de organização do processo assistencial a regulação do acesso. O uso desta ferramenta, buscar equilibrar a demanda entre a oferta e demanda dos serviços prestados à população. Dessa forma, organiza e equilibra os recursos públicos advindos tanto para as entidades públicas quanto privadas para a oferta destes serviços. Entretanto, há necessidade de aprimoramento deste instrumento, visto que, o setor saúde sempre estará no embate inquestionável de garantir acesso aos serviços de saúde de forma equânime e fornecer atendimentos de qualidades aos seus usuários. O presente estudo demonstra que 78% dos endereços eletrônicos das SES possuem informações referentes a estas ferramentas. Mas, apenas um estado possui dados completos, no caso Pernambuco, entretanto, a necessidade de mais transparência e racionalização em suas informações, assim como nos outros estados (FERREIRA; SALGADO JUNIOR; COSTA 2019).

Através do CR as ações do agente solicitante e dos serviços de saúde são redistribuídas de acordo com a necessidade do território. De acordo com o estudo de Batista *et al.* (2019) no Distrito Federal são organizadas em Panoramas de Regulação, em que o CR possui como base a distribuição regional do estado seguindo a Regulação Regional, Regulação Pactuada ou inter-regional e a Regulação Central. Independente do panorama a ser seguido, a regulação do acesso é guiado por protocolos e fluxos assistenciais proporcionando transparências ao acesso dos serviços de saúde.

Almeida, Almeida & Melo (2020) em seu estudo afirma que os desafios para ajustar o processo de regulação do acesso estaria interligado a uma comunicação mais próxima e efetiva com a APS vislumbrada com as reais necessidade dos usuários que se encontram na ponta da assistência. Com capacitações constantes referente a regulação à saúde com os profissionais da AB, descentralização da oferta de serviços de saúde a nível estadual, pactuando e formalizando uma RAS estruturada e organizada.

Portanto, compreender a capacidade instalada de sua região, reconhecendo o quantitativo de leitos, permite ao gestor entender como será vinculada suas ações e serviços de saúde para a garantia do fluxo de usuários ao acesso assistencial. Sendo regulado pelo CR na perspectiva de pensar na alocação de vagas disponíveis aos municípios e refletir da necessidade das SES em ter um padrão de informações que possam garantir acesso aos usuários. E de certa forma, melhor os encaminhamentos, uso correto dos protocolos de acesso e fluxos assistenciais. Permitindo uma participação mais ativa da Regulação em Saúde em que a quantidade de vagas é inferior a demanda populacional do município e permitir que sejam realizadas pactuações entre sim, com intuito de auxiliar os municípios no acesso aos serviços de saúde (GOLDWASSER *et al.*, 2016; PINTO *et al.*, 2017).

Ademais, estudos indicam que o processo regulatório não constitui de um processo de avaliação e controle de fluxo assistencial para a atenção especializada. Constitui pensar em estratégias de gestão de que visem a alocação equânime dos serviços de saúde, de maneira que garanta acesso as ações e serviços de saúde para os usuários. Neste, buscando superar o absenteísmo, assim como, pactuarem nas reuniões de Comissão Intergestores Regional (CIR) a superação da problemática de acesso assistencialista entre os municípios, de maneira a efetivar o processo de regulação do acesso aos serviços de saúde (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016; SILVEIRA FILHO *et al.*, 2016).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na identificação das publicitações das informações referentes aos mecanismos do processo regulatório forma encontrados em 78% das informações nos endereços eletrônicos das Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil. Observa-se que os estados com melhores informações para as estruturas organizativas foram Pernambuco e Goiás. Maranhão, Rio Grande do Norte, Pará, Amapá e Roraima foram considerados os estados com poucas informações. Tendo as regiões Norte-Nordeste como foco da necessidade de publicitar suas informações referente a estruturação de seus mecanismos que auxiliem no processo da regulação do acesso aos serviços de saúde.

As características predominantes nos mecanismos de regulação do acesso assistencial está em volta da presença de 66,7% de estrutura hierárquica constituído por Superintendência de regulação, diretorias e secretarias executivas, 55,5% de resoluções próprias, 48% de organogramas, 48% de composição do complexo regulador, 37% de protocolos clínicos e de fluxo assistenciais, 30% de manuais, fluxogramas e Sistemas eletrônico de agendamento e gestão de fluxos e 3,7% de Política Estadual de Regulação publicitadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil.

Ademais, é importante salientar na necessidade que os estados publiquem suas informações referente ao processo regulatório. Com treze SES no Brasil constituídas com até três mecanismos e apenas duas correspondendo a 75% com o quantitativo de mecanismos mais elevados pode indicar disparidades na equidade do acesso aos serviços de saúde e contribuir para a melhoria da estrutura organizativa entre os estados no Brasil.

O processo regulatório em saúde é uma estrutura dinâmica envolta da equidade do acesso aos serviços de saúde. Diante deste aspecto, há necessidade pelas secretarias de saúde estaduais da compreensão da funcionalidade da estrutura organizativa da regulação do acesso assistencial. Mapeando a estrutura nos estados e como está funcionando, realização da transparência e uso racional das informações publicitadas, propor melhorias para a Atenção Primária em Saúde e priorizando ações e serviços de saúde numa lógica coparticipativa entre os atores sociais. Tendo como limitação no estudo a escassez de informações publicitadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, L.O.F; LIRA, A.C.O. Transparência do Sistema Único de Saúde – iniciativa e desafios da divulgação eletrônica das listas de espera. **Cad. Ibero Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 111-124, abr./jun, 2018. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/491/541>. Acesso em: 31 mar. 2021.

ALMEIDA, P.F *et al*. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp., p. 244-260, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/244-260/>. Acesso em: 31 mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>.

ALMEIDA, P.F *et al*. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4527-4540, Dec. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204527&lng=en&nrm=iso. Acesso em : 15 Mar. 2021.

ALMEIDA, M.M.M; ALMEIDA, P.F; MELO, E.A. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 24, suppl 1, Set 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2020.v24suppl1/e190609/>. Acesso em: 07 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/Interface.190609>.

BARBOSA, D.V.S; BARBOSA, N.B; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54, Mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000100049&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 Apr. 2021.

BARROS, F.PC; AMARAL, T.C.L. Os desafios da regulação em saúde no Brasil. **An Inst Hig MedTrop.**, Lisboa, v. 16, supl. 3, p. 539-545. 2017. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/42>. Acesso em: 13 abr. 2021. <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.42>.

BASTOS, L.B.R *et al*. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 25, 2020. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100221&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 Mar. 2021. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>.

BATISTA, S.R *et al*. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2043-2052, jun. 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602043&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 mar. 2021.

BALDERRAMA, P. *et al.* Gestão em saúde: avaliação do acesso ao sistema regional. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 13, n. 4, p. 933-942, abr. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236966/31766>. Acesso em: 15 mar. 2021. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i4a236966p933-942-2019>.

BELTRAME, S.M *et al.* Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1015-1030, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43n123/1015-1030/>. Acesso em: 31 mar. 2021

BERNARDINO JUNIOR, S.V *et al.* Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 694-707, Sept. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000300694&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 Apr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 24 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.792, de 22 de agosto de 2012**. Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1792_22_08_2012.html. Acesso em: 24 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.655, de 21 de novembro de 2012**. Altera a Portaria nº 1.792/GM/MS, de 22 de agosto de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2655_21_11_2012.html. Acesso em: 24 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.923, de 28 de novembro de 2013**. Institui incentivo financeiro de investimento para a aquisição de equipamentos e materiais permanentes e de custeio para reforma, destinados à implantação e/ou implementação de Centrais de Regulação de Consultas e Exames e Centrais de Regulação de Internações Hospitalares de que trata a Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, e implementação de Unidade Solicitante no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2923_28_11_2013.html. Acesso em: 24 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.615, de 22 de agosto de 2018**. Estabelece prazo para que Estados, Distrito Federal e Municípios comprovem, ao Ministério da Saúde, a execução dos recursos financeiros transferidos para a implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores e informatização das Unidades de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, nos termos do disposto no art. 14, da Portaria nº 2.923/GM/MS, de 28 de novembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2615_23_08_2018.html. Acesso em: 24 set. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 9.795, de 17 de maio de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9795.htm#art8. Acesso em: 24 set. 2020.

CAMPOS, J.J.B.; FOSTER, A.C.; FREIRE FILHO, J.R. Lições aprendidas na comparação dos sistemas de saúde brasileiro e espanhol. **Rev. Saúde Pública do Paraná**. Londrina. v. 17, n.1, julho. 2016. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=795872&indexSearch=ID>. Acesso em: 07 Mar. 2021.

CARDOSO, M.C.B *et al*. Processo de regionalização na saúde: perspectivas históricas, avanços e desafios. **Enfermagem Brasil**. [S. l.], v. 15, n. 4. 2016. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/502> Acesso em: 07 Mar. 2021 <https://doi.org/10.33233/eb.v15i4.502>.

CARDOSO, M.R.O *et al*. O mix Público e Privado no Sistema de saúde Brasileiro: Coexistência em Evidência. **Saúde em Redes**. 3(2); 107-118. 2017. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/869/pdf_68. Acesso em: 07 Abr.2021.

CARROLL, C.B; GOMIDE, M. Análise de redes na regulação do tratamento do câncer digestivo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, e00041518, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000105004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2021.

FERREIRA, G.S.A; SALGADO JUNIOR, W; COSTA, AL. Construção e análise de indicadores de desempenho do acesso à atenção especializada do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro , v. 43, n. 123, p. 1003-1014, Oct. 2019 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000401003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 31 Mar. 2021.

FREIRE, M.P *et al* . Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. **Saude soc.**, São Paulo , v. 29, n. 3, e190682, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000300303&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 Mar. 2021.

FONSECA, J.S.A *et al* . Redes sociais, acesso e regulação dos serviços de saúde em um município de pequeno porte do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 10, p. 3211-3222, out. 2018 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003211&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 mar. 2021.

GOLDWASSER, R.S *et al.* Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos em unidades de terapia intensiva do estado do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 19, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100401&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 abri. 2021.

KATZ, N *et al.* Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1389-1400, abr. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401389&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 mar. 2021.

KONDER, M; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto Atendimento como unidades de internação: fenômenos do fluxo assistencial na rede de urgências. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, e290203, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200601&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 Mar. 2021.

LAMDIM, E.L.A.S; GUIMARÃES, MCL; PEREIRA, A.P.C.M. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 5, p. 161-173, 2019. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/161-173/pt>. Acesso em: 07 abr. 2021.

MARTIN, L.B *et al.* Sistema de gestão para um hospital de referência. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e43488, out. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/43488/31827>. Acesso em: 31 mar. 2021.

MARQUEUS, K.A; MELO, A.F.F. Abordagens Metodológicas no campo da pesquisa científica. In: SIMPÓSIO DE METODOLOGIAS ATIVAS, 2017. **Anais [...]** São Paulo: Blucher education Proceedins, v.2, n.1. 2017.

PEITER, C.C; LANZONI, G.M.M; OLIVEIRA, F. Regulação em Saúde e Promoção da equidade: O Sistema Nacional de Regulação e o acesso à Assistência em um Município de grande porte. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 63-73, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2016.v40n111/63-73/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

PEITER, C.C; LANZONI, G.M.M; OLIVEIRA, W.F. Interface entre regulação em saúde e equidade: Revisão Integrativa da Literatura. **Cogitare Enferm.** Curitiba, v. 22, n. 2, e47317, 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/868428/47317-200944-1-pb.pdf>. Acesso em 07 abr. 2021. <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.47317>.

PINTO, L.F *et al.* A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciênc. saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n4/1257-1267/>. Acesso em: 07 Abr. 2021.

RODRIGUES, L.C.R *et al.* Repercussões da implantação de um núcleo interno de regulação de leitos no processo de trabalho de enfermeiros. **SALUSVITA**, Bauru, v. 38, n. 4, p. 843-859, 2019. Disponível em:

secure.unisagredo.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v38_n4_2019/salusvita_v38_n4_2019_art_01.pdf. Acesso em: 20 Mar. 2021.

SILVA, K.S et al. Percepção de gestores e enfermeiros sobre a organização do fluxo assistencial na rede de serviços de saúde. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-982762>. Acesso em: 07 abr. 2021.

SILVEIRA FILHO, R.M. *et al.* Ações da Comissão Intergestores regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema único de Saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 853-878, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2016.v26n3/853-878/>. Acesso em: 4 Mar. 2021.

SILVEIRA, M.S.D; CAZOLA, L.H.O; SOUZA, A.S. Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 63-72, jan-mar 2018. Disponível em; <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42n116/63-72/>. Acesso em: 31 mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811605>.

SOUZA, M.V. Adequação no Sistema Estadual de Regulação para enfrentar Covid-19 na saúde pública do Paraná. R. **Saúde Públ. Paraná**. Curitiba, v. 3, Supl 1, p. 189-197. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1151228>. Acesso em: 13 abr. 2021.

ANEXO A – QUANTITATIVO DE CENTRAL DE REGULAÇÃO NO BRASIL

Tabela 1: Quantitativo de Central de Regulação no Brasil, Região, Unidade Federativa no período de Dezembro de 2020

REGIÃO/UNIDADE DA FEDERAÇÃO	CENTRAL REGUALAÇÃO	DE Total
REGIÃO NORTE	138	138
Rondônia	15	15
Acre	4	4
Amazonas	7	7
Roraima	2	2
Pará	98	98
Amapá	5	5
Tocantins	7	7
REGIÃO NORDESTE	319	319
Maranhão	27	27
Piauí	11	11
Ceará	55	55
Rio Grande do Norte	19	19
Paraíba	42	42
Pernambuco	58	58
Alagoas	9	9
Sergipe	2	2
Bahia	96	96
REGIÃO SUDESTE	351	351

Minas Gerais	67	67
Espírito Santo	23	23
Rio de Janeiro	77	77
São Paulo	184	184
REGIÃO SUL	293	293
Paraná	13	13
Santa Catarina	264	264
Rio Grande do Sul	16	16
REGIÃO CENTRO-OESTE	215	215
Mato Grosso do Sul	37	37
Mato Grosso	134	134
Goiás	42	42
Distrito Federal	2	2
Total	1.316	1.316

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

APÊNDICE A – MATRIZ COMPARATIVA DOS INSTRUMENTOS DE REGULAÇÃO

Quadro 02: Matriz comparativa dos instrumentos da Regulação do acesso à assistência aos serviços de saúde no Brasil. Abril, 2021

Região	Estado	1	2	3	4	5	6	7	8	9
NORDESTE	AL BA CE MA PB PE PI RN SE									
NORTE	AC AM AP PA RO RR TO									
CENTRO-OESTE	GO MS MT DF									
SUDESTE	ES MG RJ SP									
SUL	PR RS SC									

Fonte: O Autor, 2021

1: Organograma; 2: Estrutura Hierárquica; 3: Composição do Complexo Regulador; 4: Fluxograma; 5: Manuais; 6: Arquivos de protocolos clínicos e de fluxo; 7: Políticas Estadual de Regulação; 8: Resoluções próprias; 9: Sistema Eletrônico de agendamento e gestão de fluxos.