



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

SUZYANE CORTÊS BARCELOS

REGULAÇÃO DA ATENÇÃO NO CENÁRIO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE
NO ESTADO DO CEARÁ

FORTALEZA

2024

SUZYANE CORTÊS BARCELOS

REGULAÇÃO DA ATENÇÃO NO CENÁRIO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO
ESTADO DO CEARÁ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva. Área de concentração: Política, ambiente e sociedade.

Orientador: Dr. Ricardo José Soares Pontes

FORTALEZA

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B218r Barcelos, Suzyane Cortês.

REGULAÇÃO DA ATENÇÃO NO CENÁRIO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO
ESTADO DO CEARÁ / Suzyane Cortês Barcelos. – 2024.
142 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2024.

Orientação: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes.

1. Regionalização. 2. Regulação em saúde. 3. Acesso aos serviços de saúde. I. Título.

CDD 610

SUZYANE CORTÊS BARCELOS

REGULAÇÃO DA ATENÇÃO NO CENÁRIO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO
ESTADO DO CEARÁ

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Área de concentração: Política, ambiente e sociedade.

Orientador: Prof. Ricardo José Soares Pontes

Aprovada em: 28/07/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes (Orientador)
Universidade federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Maria Vaudelice Mota
Universidade federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Fernando José Pires de Sousa
Universidade federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Maria do Socorro de Souza
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof. Dr. Welligton de Sousa Aguiar
Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dr. Lauro Vieira Perdigão Neto
Universidade de São Paulo (USP)

AGRADECIMENTOS

O processo de construção de uma tese, é como um mergulho profundo, lento, entranhado, absorto e submerso ao encontro de descobertas arreganhadas de cheiros e sabores nunca sentidos, que desperta encantar. Contudo, é desmedidamente solitário, frio, por vezes vazio. Emergir desse processo é alcançar uma superfície de reconhecimento de *sí – sí para sí, de sí para nós* - somos invadidos por uma sensação de gratidão há todos aqueles que de alguma forma dispusera um pouco de oxigênio para concluir esse mergulho. Sendo elas:

Primeiramente gostaria de agradecer minha avó Maria auxiliadora, do qual também dedico essa construção e caminhada. Não tenho dúvida que minha força se origina de você, uma mulher de fé, que acreditou sempre acreditou em mim mesmo quando eu não acreditava mais, à frente do seu tempo, que teceu asas na minha alma permitindo-me voar. Ser a primeira doutora da nossa família é um legado que só foi possível pelo seu apoio. Obrigada.

À minha mãe Nilva Burjack, escritora, pedagoga, compositora, cantora, música, por me apresentar a arte, o amor (além do sangue), as letras, os livros, a cor da pele, os valores, ainda carrego nossa casa (o hotel) na minha alma e aquele sentimento de ninhada que ainda reverbera em mim. Aos meus irmãos Alex, Camila, Barbara (Coxoxa) e aos meus sobrinhos, que me lembram todo dia que não estou sozinha nesse mundo.

Ao meu pai Pedro e ao meu avó Guilherme (*In memoriam*) que foram embora cedo, mas deixaram um trilho, um caminho construído ao seu suor para que pudéssemos ter o privilégio de estudar e de conhecer as coisas da vida.

Ao meu companheiro de vida Marcelo, meu esposo, meu namorado, meu amigo, pai do meu filho. Nos ruídos do cotidiano era você quem estava lá, com presença e permanência, era você que estava lá. Eu amo o que fomos, o que somos e o que ainda estamos dispostos a construir. Obrigada por tudo.

Ao meu querido filho Pedrinho, que demarcou em minha alma uma linha de antes e depois dele, embora aja muitas cicatrizes da maternidade no processo de

doutoramento, a sua existência filho é a melhor parte desse lugar, ter folego para encerrar esse ciclo e conseguir materializar meus sonhos é ensinar a você filho que toda mulher deve estar no lugar que ela queira estar, e que apesar do machismo estrutural somos capazes de conquistar nossos sonhos e desejos.

Ao meu orientador - Ricardo José Soares Pontes – meu mestre, meu professor, pela sensibilidade, flexibilidade, apoio, resistência e persistência em acreditar no meu potencial, mesmo quando eu não acreditava. Sabemos que as dimensões de uma orientação perpassam o aprendizado técnico, em você tive a oportunidade de encontrar um conselheiro, um amigo e uma pessoa ética com valores admiráveis. Aprendi e aprendo com o senhor todos os dias.

Também quero agradecer aos professores-mestres que passaram pela minha vida do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Professora Valdelice Mota, Professora Maria do Socorro, Professor Carlos Henrique Morais de Alencar, Professor Alberto Novaes Ramos Junior, professora Raquel Rigotto, Professora Maria Lúcia Magalhães Bosi Malu e professora Márcia Maria Tavares Machado - vocês literalmente me ajudaram a sair da caverna de Platão, ampliaram meus conhecimentos e minha lente sobre a vida. Agradeço também aos meus professores de graduação que me inspiraram à docência e foram responsáveis em plantar a sementinha desse doutoramento ainda como sonho no âmbito da faculdade FANOR. – Professora Juliana Guimarães, Professora Amanda frota, Professora Keyla, Professora Anna Paula, Professora Tatiane.

Aos meus amigos da vida que tanto torceram e apoiaram nesse caminhar - Tatiana, Sarah, Izabel, Carol, Valesca, Lucas, Adel – Obrigada pela escuta, pelo colo, pela companhia, pelo entender da dor desmedida, por serem meu porto seguro e por serem meu oxigênio em um ambiente que por vezes fazes faltava ar durante esse processo.

À todas os meus amigos do trabalho e que dividem comigo minha vida profissional, que me fez acreditar que esse lugar é sim afetuoso e amoroso. Gostaria de destacar um agradecimento especial a Daniely Maia de Queiroz e a Geisy Lanne Muniz Luna, duas mulheres fortes do qual sempre admirei e hoje tem um lugar

especial na minha vida. Obrigada pelo apoio e por segurar a minha mão nessa reta final.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, casa que me acolheu no mestrado e no doutorado. Agradeço especialmente à coordenadora profa. Carmem E. Leitão Araújo pela sensibilidade e apoio quando eu mais precisei, e por conduzir os processos de trabalho da coordenação do Programa.

À equipe da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Zenaide, Dominik, Hemison, Isabela e, pelo apoio e orientação nos processos administrativos do doutorado.

Aos colegas de turma de mestrado, doutorado, pelos ensinamentos, trocas de experiências e partilhas das dores e delícias do processo de doutoramento. Aos membros do nosso grupo de pesquisa - Ana Luisa, Fábio Solón, Rane Felix, Neusa Goya, Caio Cavalcanti, Juliana Donato - pelos momentos de aprendizagem, leveza e trabalho juntos.

À Escola de Saúde Pública do Ceará, em especial ao nosso superintendente Professor Luciano Pamplona, por encorajar os seus colaboradores na busca pelo desenvolvimento intelectual e por oferecer as possibilidades logísticas que lhes ajudam a facilitar essa busca.

DEDICATÓRIA

A todas as mulheres que transformaram a sua existência por meio do acesso à educação e a minha avó (Maria Auxiliadora) que tanto me incentivou a chegar até aqui.

Voltei para a caverna de onde sai para espiar, e percebi que a vida ali era uma eterna paisagem de sombras, meus olhos sentiram estranheza, a caverna era escura, tinha barulho, sombras estranhas, mas ali não tinha o mundo e as loucuras das conquistas.
(Autor desconhecido).

RESUMO

A regulação na saúde compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, considerando seu conjunto de ações, serviços e programas que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos e requerem a atenção em distintos pontos de atenção à saúde ambulatoriais e hospitalares. É estruturada em três eixos: regulação de sistemas de saúde; regulação da atenção à Saúde; regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial. Dessa forma, este estudo objetivou analisar a regulação da atenção no cenário da Regionalização do Estado do Ceará a partir das perspectivas dos gestores. Trata-se de uma pesquisa de avaliação qualitativa, com os gestores que atuam direto e indiretamente com a regulação do acesso no âmbito regional. O campo da pesquisa compreendeu três das cinco regiões de saúde do estado do Ceará: Região de Fortaleza, região de Sobral e região do Cariri. Foram utilizadas informações de fontes primárias e secundárias, sendo realizadas 10 entrevistas em profundidade individual. Utilizou-se a *análise temática* como referencial teórico-metodológico, constituídos das seguintes etapas: 1) pré-análise, 2) Exploração do material, 3) Interpretação. A partir do material analisado emergiram as seguintes categorias: novo modelo de regulação regionalizada; ampliação da oferta; sistema logístico e de apoio. O estudo foi aprovado pelo comitê da Universidade Federal do Ceará (UFC) com parecer 5.380.178. Os resultados apontaram que o processo de regionalização no Ceará no crava uma mudança paradigmática no *modus operandi* da gestão dos fluxos de acesso aos serviços de saúde, induzindo a descentralização das Centrais de regulação (CRER's), desloca a gestão da regulação do acesso das unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região de saúde, o que pressupõem uma maior resolubilidade do acesso da própria população no âmbito regional. Conclui-se que a perspectiva da regionalização enquanto estratégia na concretude do acesso tem se mostrado um caminho viável e coerente, especialmente quando se trata de descentralizar serviços de saúde em um maior espaço territorial e concentrar recursos necessários para a gestão do cuidado. Porém, esse arranjo organizacional fabrica outras demandas para as redes de atenção regionalizada, especialmente na atenção hospitalar, onde os recursos são escassos sendo imprescindível a regulação do acesso.

Palavras-chave: regionalização; regulação em saúde; acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Health regulation comprises a considerable number of activities, instruments and strategies, considering its set of actions, services and programs that include both individual and collective care and require attention at different out patient and hospital health care points. It is structured around three axes: regulation of health systems; regulation of health care; regulation of Access to assistance or assistance regulation. Therefore, this study aimed to analyze the regulation of care in the scenario of Regionalization in the State of Ceará from the perspectives of managers. This is a qualitative evaluation research, with managers Who work directly and indirectly with the regulation of Access at the regional level. The research Field comprised three of the five health regions in the state of Ceará: Fortaleza region, Sobral region and Cariri region. Information from primary and secondary sources was used, with 10 individual in-depth interviews being carried out. Thematic analysis was used as a theoretical-methodological framework, consisting of the following steps: 1) pre-analysis, 2) Exploration of the material, 3) Interpretation. From the material analyzed, the following categories emerged: new model of regionalized regulation; expansion of the offer; logistics and support system. The study was approved by the committee of the Federal University of Ceará (UFC) with opinion 5,380,178. The results showed that the regionalization process in Ceará does not create a paradigmatic change in the modus operandi of the management of access flows to health services, inducing the decentralization of the Regulation Centers (CRER's), shifting the management of regulation of access to health units under state and municipal management, within the health region, which presuppose greater Access to the population itself at the regional level. It is concluded that the perspective of regionalization as a strategy in concrete access has proven to be a viable and coherent path, especially when it comes to decentralizing health services in a larger territorial space and concentrating resources necessary for care management. However, this organizational arrangement creates other demands for regionalized care networks, especially in hospital care, where resources are scarce and Access regulation is essential.

Keywords: regionalization; health regulation; access to health services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Processo de Análise do Impacto Regulatório.....	46
Figura 1 – Mapa da Regionalização da Saúde no Ceará	85
Figura 2 – Fluxo de regulação dos leitos hospitalar de urgência e emergência por região de saúde	88
Figura 3 – Fluxo de eventos entre necessidade de saúde e obtenção de cuidado de saúde	104

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de Leitos por Região de saúde, segundo anos de 2018 a 2022, Ceará, 2022	103
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Pontos Críticos da Regulação da Atenção	27
–	
Quadro 2	Ciclo de coleta das informações (entrevistas).	65
–	
Quadro 3	Sujeitos Estratégicos para a coleta de informações qualitativa	65
–		
Quadro 4	Categorias e unidades de contexto analisados	69
–		
Quadro 5	Condições que podem gerar comportamento operacional	
–	ineficiente	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição de leitos de UTI na região de saúde Norte, 2023	63
Tabela 2 –	Distribuição de leitos de UTI na região de saúde Sul, 2023	64
Tabela 3 –	Distribuição de leitos de UTI na região de saúde de Fortaleza, 2023	64
Tabela 4 –	Solicitação de transferência e vagas confirmadas à Central de regulação de leitos de urgência do CARIRI, FORTALEZA, SOBRAL, 2020, 2021 e 2023	101

LISTA ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADS	Área Descentralizada de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestor Bipartite
CIR	Comissão Intergestor Regional
CIT	Comissão Intergestor Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CPS	Consortio Público em Saúde
CRERFOR	Central de Regulação Regional de Fortaleza
CRERNORTE	Central de Regulação Regional de Sobral
CRERSUL	Central de Regulação Regional do Cariri
CRER'S	Centrais de Regulação Regionalizada
CRU	Central de Regulação de Urgência
eSF	equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OSS	Organização Social de Saúde

PNR	Política Nacional de Regulação
PROEXMAES	Programa de Expansão do Acesso e a Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RT	Rede Temática
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESA-CE	Secretaria da Saúde do Ceará
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SRS	Superintendência Regional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
USA	Unidades de Suporte Avançado
USB	Unidades de Suporte Básico

SUMÁRIO

1	A TOMADA DA CONSCIÊNCIA: IMPLICAÇÃO DO SUJEITO-PESQUISADOR.....	19
2	JUSTIFICATIVA DO OBJETO	24
3	OBJETIVOS	30
3.1	Geral	30
3.2	Específicos	30
4	REFERENCIAL TEORICO	31
4.1	Acesso, regionalização e a (re) organização em rede dos serviços de saúde	31
4.2	O processo de regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais	41
4.3	Complexidades, redes e políticas públicas: arranjos institucionais necessários para saúde	54
5	PERSPECTIVA TEÓRICA-METODOLÓGICA DA PESQUISA	59
5.1	Pesquisa qualitativa em saúde	59
5.2	Pesquisa avaliativa em saúde	60
5.3	Procedimento técnico-metodológico na construção das informações	62
5.3.1	<i>Campo de pesquisa e período do estudo</i>	62
5.3.2	<i>Sujeitos e a estratégia de amostragem intencional</i>	65
5.3.3	<i>Construção da informação</i>	66
5.3.4	<i>Tratamento e análise da informação</i>	67
5.4	Aspectos Éticos	69
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	71
6.1	A regionalização do Ceará: contexto histórico-institucional	71
6.2	Centrais de regulação regionalizada: o caminho para o acesso nas regiões de saúde?	85
6.3	Expansão do acesso potencial e realizado da atenção hospitalar nas regiões de saúde do Ceará	98

6.4	Impacto dos sistemas logísticos e apoio: o que é necessário para a regionalização da regulação do acesso acontecer?	108
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
	REFERÊNCIAS	120
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GESTOR	133
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA (GESTOR)	134
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES QUANTITATIVAS	135
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA SESA	136
	ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA HRN	137
	ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA HRC	138
	ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA HRSC	139
	ANEXO E – APROVAÇÃO NO COMITE DE ÉTICA – UFC	140

1 A TOMADA DA CONSCIÊNCIA: IMPLICAÇÃO DO SUJEITO-PESQUISADOR

“... Ainda lembro do seu caminhar teu jeito de olhar ainda me lembro bem...”(Gil, 2000).

Ao chegar aqui, perguntei-me: *como foi o início?* Revirei minhas gavetas em busca de lembranças para que eu conseguisse descrevê-las aqui. Vasculhei meus calabouços para desvelar meus segredos, qualquer algo assim que pudesse apresentar o início dessa jornada. Enfadada fiquei e aceitei que de fato foram muitos pontos finais e muitos começos. Os (re)começos são meninos faceiros que se escondem entre as memórias, aparecem quando querem, vão embora quando querem e não carregam um ponto final.

Da cegueira mutiladora que necessita organizar os fatos de forma linear, tomarei alguns conceitos do pensamento complexo de Edgar Morin, que tanto constituiu-me de sentidos em minhas andanças e caminhos. Terei como luz a interação entre a microdimensão (o ser individual) e macrodimensão (o conjunto da unidade planetária), que delimitaram o encontro com o objeto aqui analisado.

Muitos foram os caminhos que trilhei até aqui. O encontro com esse problema de pesquisa é fruto de uma construção de vida. Trata-se de um problema arquitetado minuciosamente por cada momento vivido, por cada conhecimento apreendido. Os escritos aqui registrados compõem uma dialética entre o meu “eu” e o mundo das coisas; dialética expressada nas minhas inquietações e nos meus pensamentos captados por todos os olhos que meu corpo há de ter. Para isso, necessito desvelar contextos e cenários que propiciaram esse encontro antes de emergir em outros itinerários.

Apesar do início dessa pesquisa datar da minha entrada no doutorado, as inquietudes que antecederam a este momento constituíram um emaranhado de significados que construíram meus símbolos e compreensões das partes que, somadas, resultaram no todo.

Meu itinerário inicia no contexto de um êxodo educacional. Aproprio-me desse conceito para explicar o cenário dos jovens da minha cidade natal, cidade de Marabá, interior do estado do Pará, onde a ausência de universidades, públicas ou privadas, (pro)movia uma saída em massa dos jovens em busca de educação

universitária para outros Estados do Brasil. Nesse contexto, cheguei em Fortaleza, capital do Ceará, terra do Sol. Apoiada pelas bolsas estudantis, tive a oportunidade de ingressar em uma universidade privada e cursar a graduação em Enfermagem, um futuro almejado e finalmente alcançado.

Minha primeira imersão no campo científico ocorreu na graduação, ancorada nas bolsas de iniciação científica – bolsas profundamente disputadas, especialmente dentro dos muros de uma universidade privada, uma vez que o seu significado é atrelado ao sentido de incentivos financeiros. Então, ali ingressei.

Paralelamente à bolsa de iniciação científica, eu vivia um momento de intenso engajamento no programa de extensão em saúde coletiva, com imersão na comunidade do “Gengibre”, localizada em uma região nobre de Fortaleza – o bairro Dunas. Esta área caracteriza-se por constituir uma grande zona de lazer e turismo nas proximidades da Praia do Futuro, mas também por apresentar fortes desigualdades sociais. Hoje, analiso que esta vivência, durante o período de minha aprendizagem profissional, delineou todos os meus passos que desenharam o meu caminho até aqui. Ressalto a importância de ter tido “mestres-facilitadores” que me apresentaram caminhos e direções, estimulando em mim descobertas e possibilidades em torno do “atuar profissionalmente” para “viver profissionalmente”.

Tal experiência me permitiu vivenciar o dentro e o micro, os movimentos e os sentidos das pessoas que formavam aquela rede comunitária. O desafio de compreender os sentidos que as pessoas agregam à sua história de vida, apresentou-me uma perspectiva de fazer profissional, até então, não descoberta por mim.

Nesse contexto, descobri um cenário de incongruências entre a materialidade do aparato normativo-administrativo das políticas públicas instaladas e a ausência de diálogo com a realidade das pessoas. Isso lançou uma série de reflexões que se tornam meu guia crítico na construção da minha ciência.

No campo científico, propus-me a ter como horizonte de pesquisa a avaliação de saúde, que, naquele momento, vislumbrava analisar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com o objetivo de desvelar as lacunas existentes em virtude da ausência de diálogo e de propor mudanças. Desse modo, alicercei meus olhares no fazer da Estratégia Saúde da Família (ESF), a estratégia política mais próxima do cotidiano social e local no qual me situava.

No entanto, a pesquisa foi realizada em moldes quantitativos, nos quais diretrizes, princípios e atribuições dos profissionais transformaram-se em variáveis de

frequência. Embora os dados ali obtidos tenham sido de extrema relevância para o objeto proposto, percebi que não encontraria na pesquisa quantitativa as respostas das quais moviam minhas reflexões. Enquanto pesquisadora, meu interesse centrava-se em compreender as pessoas, as vidas, o cotidiano social e os diversos significados nessas inter-relações. Hoje, na dialética do tempo, compreendo meus interesses pela postura qualitativa como algo intrínseco à minha existência.

As vozes que eu tanto almejava escutar só foram mobilizadas na minha segunda formação, na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Nessa formação, atuei como enfermeira profissional-residente da Estratégia Saúde da Família, responsável por três microáreas adscritas, sendo uma delas não coberta por Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), no bairro Jangurussu, em Fortaleza

Naquele momento, consegui vivenciar a verdadeira fragilidade dos sistemas de saúde no que tange à coordenação do cuidado entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e outros níveis de atenção (serviços ambulatoriais e média complexidade), além da ausência de reconhecimento de outras práticas de saúde comunitárias.

Vivenciei situações de isolamento entre um serviço e outro, além da fragilização da responsabilização sanitária, umas das premissas do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF). Somaram-se a esses desafios uma população adscrita maior do que o preconizado, a ausência tecnológica de informação e práticas de trabalho que não se envolviam com a dinâmica social.

Ainda imersa na residência, vivenciei a ingênua expectativa de soluções mágicas: promessas de melhoria nos processos de trabalho das eSF com a chegada de uma Organização Social de Saúde (OSS) para gerir alguns setores considerados entraves no âmbito da unidade de saúde. Essas mudanças afetaram diretamente a logística da organização da agenda profissional e da regulação de exames e consultas na rede especializada.

Tal contexto, colocou-me, mais uma vez, frente a outras indagações, desta vez, impulsionada por compreender a influência das relações estatais na materialização do cotidiano de prática no âmbito da saúde. Eu me inquietava sobre a lógica a partir da qual o governo vinha operacionalizando suas políticas de “proteção social”, tendo como égide a lógica do mercado ou da sociedade. Foi com esse horizonte de inquietações que eu ingressei no mestrado.

Dentro do Programa, já com vínculos sendo construídos, aproximei-me do grupo de pesquisa coordenado pelo meu orientador e fui apresentada ao mundo das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e ao processo de regionalização que o estado do Ceará vinha vivenciando.

A decisão de escrever sobre o processo de regionalização e as RAS consolidou-se a partir do meu envolvimento com as atividades do grupo de pesquisa cujo projeto se intitula “Análise do processo de regionalização e implantação das RAS no Estado do Ceará”, financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

Enquanto alguns colegas, desde o início, direcionaram seus olhares para algumas redes temáticas na perspectiva dos gestores, meus questionamentos salientavam a busca de uma compreensão mais ontológica: o que são essas RAS? Redes de quê? Redes de quem? E, mais importante: para quem? Tais questionamentos me lançaram a um ponto de interesse macro (a regulação do acesso) e micro (itinerário dos usuários).

No mestrado, consegui escutar as vozes dos usuários que buscavam por cuidado de saúde dentro de um modelo idealizado – que pressupõe uma organização de excelência e de alcance das ditas reais necessidade de saúde das pessoas. Consegui desvelar barreiras de acesso por meios dos trajetos e itinerários enfrentados pelos usuários em sua busca por acesso aos serviços especializados em saúde.

Deparei-me com uma regulação frágil dos serviços de saúde, na qual os usuários se submetiam a viajar várias vezes do seu município de residência para o município-polo em prol de buscar uma vaga há um serviço ambulatorial regionalizado. Essa situação me fez refletir sobre o modelo da regionalização, um arranjo organizacional em que o Sistema Único de Saúde (SUS) modela os serviços de saúde, tendo como direcionamento o reconhecimento de um território com características culturais, sociais e econômicas semelhantes. Com base na economia de escala, busca centralizar serviços de maior custo (média e alta complexidade) e descentralizar os serviços de menor custo (APS).

No entanto, o dinamismo e a complexidade do tecido social tendem a apresentar resistências na concretização de moldes ideais. A implementação desses modelos requer condições ideais, previstas e predeterminadas para a realização do trabalho. Tais condições representam uma incongruência no campo da saúde, onde

o complexo se estabelece, as subjetividades tornam-se a matriz geradora do cotidiano social, e o imprevisível dá o sentido de vida que impulsiona os indivíduos.

Dessa forma, há de se concordar que, de fato, pensar em organizações de sistemas de saúde por meio das quais se alcance esse “movimento vivo” remete a grandes desafios para as políticas públicas de saúde, que, historicamente, se constituem de forma departamentalizadas, com foco em determinados agravos.

Em especial, ao analisarmos a transitoriedade dos usuários que estão em movimento de busca pelo acesso aos serviços especializados, convertendo-se frequentemente em usuários peregrinos, observamos os problemas de saúde não solucionados conforme trajetórias assistenciais clínicas predeterminadas, a incipiência nos instrumentos de referências e contra referência, que leva o usuário a vagar de um serviço a outro, a permanência prolongada nas filas de espera, corroborando no agravamento de doenças, a baixa utilização de projetos terapêuticos dialogados com a realidade social, o que potencializaria a adesão dos indivíduos e a criação de redes autônomas de acesso aos serviços de saúde.

Esse cenário, levou-me a pensar no hiato entre as prerrogativas constitucionais de um sistema universal e sua concretização na vida dos cidadãos, onde, apesar de toda fundamentação política-técnica e institucional conquistadas ao longo dos anos para o alcance da materialidade do SUS, cenários de iniquidades de acesso persistem em prevalecer, atravessados por desenho de políticas que não asseguram a indução da redução das desigualdades.

A regulação da atenção invade meu desejo investigativo, primeiro por entender que ela é, para os usuários do SUS, uma via de passagem obrigatória para o encontro do acesso. Em seguida, por entender que, institucionalmente, é ela que “organiza” a oferta desse acesso ou, em outras palavras, prioriza, delimita, autoriza, fiscaliza, dita, contabiliza e, enfim, permite o acesso.

2 JUSTIFICATIVA DO OBJETO

Dentre os desenhos de organização dos serviços de saúde, a regionalização se propõe a integrar e organizar a oferta de forma acessível, respeitando identidades culturais, econômicas e sociais e as especificidades dos territórios. As regiões de saúde, ao se desenhar em microssistemas de saúde, conseguem concentrar uma quantidade maior de dispositivos de saúde, facilitando o acesso e ampliando a oferta da cesta de serviços de saúde a população.

Há algum tempo, a regionalização se destaca como pauta prioritária da agenda do estado do Ceará, corroborando para desenvolvimento de uma ampla normatização e mecanismos de indução que favorecem o acesso à saúde regionalizado. Essa estratégia implica desde a transferência da responsabilidade gestora do poder decisório à distribuição de recursos da capital cearense para as regiões de saúde.

O Ceará foi considerado um dos primeiros estados brasileiros a estabelecer sistemas regionais de saúde, ainda com a terminologia de microrregiões, desconcentrado dispositivos de saúde, sob a lógica das redes de atenção. O Estado ainda foi pioneiro em efetivar a assinatura do Contrato de Organização de Ação Pública (COAP), instrumento de gestão e planejamento, que materializa as pactuações dos gestores entre as institucionalidades regionais (Mendes, 2007; Brasil, 2011; Goya, 2017).

Entretanto, mesmo a frente de grandes estratégias para efetivar a regionalização do acesso, a ausência de dispositivos de saúde responsável pela resolutividade das demandas de média e alta complexidade dificulta a regionalização do acesso no interior de Estado, mantendo a maioria dos serviços centralizados na capital cearense.

No Nordeste, entre os anos de 2012 a 2017, houve um decréscimo de 10,7% na taxa de internação, diferente da região Sul, que se destaca por apresentar as maiores taxas de internação do País, registrando 67,1% em 2017, o que expressa melhores condições de acesso aos serviços hospitalares. Ao observar o perfil dessas internações, é perceptível que o percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica na região Sul foi inferior ao observado nas regiões Norte e Nordeste, evidenciando uma maior efetividade da APS (PROADESS, 2019).

Deste modo, a partir do ano de 2007, iniciou-se uma série de investimentos para expandir o acesso a atenção especializada e de alta complexidade no Estado do Ceará (Ceará, 2009), implicando em um expressivo aumento de estruturas e serviços ofertados nas regiões de saúde no Estado, como Centros Especializados em Odontologia (CEO), policlínicas, Hospitais regionais, dentre outros, no interior do Estado (Andrade, 2016; Almeida *et al.*, 2019).

A expansão do acesso à atenção especializada é demarcada com a implementação do Programa de Expansão do Acesso e a Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde (PROEXMAES), que se propôs a contribuir com a melhoria das condições de saúde da população do Ceará. Sua execução aconteceu em dois períodos (PROEXMAES II, 2017; Helena, 2019; Ceará, 2009).

A maioria dos novos dispositivos de saúde são implantados na rede a partir de novos arranjos de gestão, como associações de consórcios e contrato de rateio, possibilitando os municípios a formação de parcerias para obtenção de maior ganho de escala e melhoria da prestação de serviços públicos, visto que nem todo município possui condições técnicas ou financeiras para executar suas competências e responsabilidade em sua plenitude. Isso tem fortalecido essa estratégia, levando os municípios a buscar parcerias para a melhoria do processo de gestão e de organização dos sistemas de saúde para o atendimento das demandas cada vez mais crescentes (Dantas; Andrade, 2012).

Estudos realizados no Ceará apontam a importância desses dispositivos em saúde para a expansão do acesso da atenção especializada e alta complexidade nas regiões do Estado, apresentando resultados consideráveis no aumento da oferta de procedimentos especializados (Almeida *et al.*, 2019; Pinto, 2014). Por outro lado, embora haja o reconhecimento da potência de expansão do acesso, tais serviços também são responsáveis por fabricar outras demandas, como barreiras geográficas (distância e carência de transporte), financeiras (custo do transporte) e organizacionais (falta de dados epidemiológicos para pactuação e oferta de vagas à noite), que dificultam a acessibilidade e melhores taxas de aproveitamento e utilização dos serviços oferecidos nesta unidade (Pinto, 2014; Ceará, 2019, Almeida *et al.*, 2019). Isso gera a reflexão de que apenas aumentar quantitativamente a oferta de serviços especializados no âmbito regional não é suficiente para alcançar a efetividade do acesso aos usuários.

Nessa perspectiva Starfield (2002, p. 225) diferencia o conceito de Acesso de Acessibilidade:

A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este aspecto é necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato. Acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde. A acessibilidade não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de serviços devem estar acessíveis.

Durante o processo de expansão da Atenção especializada no Ceará, é perceptível a busca em materializar o Acesso, ou seja, a organização regional buscou garantir a oferta da atenção à saúde como direito à saúde, entretanto, ainda persiste uma dificuldade em garantir a Acessibilidade, isto é, facilitar a chegada dos usuários aos serviços (Barcelos, 2016).

Essa dimensão da acessibilidade implica em uma nova modelagem de regulação do acesso à Saúde. Ressalta-se que muitos são os conceitos que delimitam o campo conceitual da regulação em Saúde, mas uma dimensão importante que este estudo pretender se orientar é a delimitação entre o conceito da microrregulação (relacionado ao consumo dos serviços de saúde, ou seja, de como as pessoas têm suas necessidades resolvidas no cotidiano) e macrorregulação (mecanismos estratégicos da gestão) (Santos; Merhy, 2006). Nessa perspectiva, entende-se que a análise da regulação em saúde dentro do contexto da regionalização transita as dimensões: micro e macrorregulação.

Silva (2013) aponta alguns nós críticos da regulação da atenção para o acesso e a acessibilidade adequados aos serviços de saúde. Dentre alguns nós críticos apresentados pelo autor, observa-se o Quadro 1.

A utilização de protocolos de acesso para regulação regionalizada é essencial e representa uma estratégia de organização dos fluxos assistenciais, com a perspectiva de potencializar a fluidez dos processos de cuidado. Porém, quando a oferta de vagas não é determinada de acordo com a necessidade de saúde e a construção desses caminhos (fluxos assistenciais) não é dialogada com os usuários, tais protocolos têm representado muito mais barreira de acesso do que um facilitador desse acesso, implicando para os usuários numa busca pelo cuidado num caráter muito mais controlador e burocratizador.

Quadro 1 – Pontos Críticos da Regulação da Atenção.

TEMA	DESCRIÇÃO
FALTA SISTEMATIZAÇÃO	Falta de sistematização na avaliação da resolubilidade dos serviços nos diferentes níveis de atenção;
A CONTRATUALIZAÇÃO	A contratualização adequada dos prestadores – na qual as programações e metas seriam estrategicamente estabelecidas – não foi instituída na maioria dos locais (muitos gestores, por não terem concepção adequada de como deve ser a rede de atenção, têm dificuldade de visualizar novas formas de contratação dos prestadores);
EQUIPES TÉCNICAS	As equipes técnicas responsáveis pelas atividades de regulação são insuficientes para implementar os processos de mudanças, necessitando de ampliação, qualificação e condições de trabalho mais adequadas;
FALTA DE PADRONIZAÇÃO	Não existe padronização dos processos de regulação do acesso, do fluxo e do referenciamento de pacientes, tanto por insuficiente conhecimento para o desenvolvimento das tarefas, quanto por falta de instrumentos e mecanismos, tais como sistemas informatizados, protocolos técnicos, sistemas de identificação do usuário etc;
FALTA IMAGEM-OBJETIVO	Não existe uma imagem-objetivo consolidada de como deve ser a rede de atenção à saúde da região. A falta de visão do todo prejudica a organização das partes.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de Silva (2013).

Dentre outras fragilidades, a ausência de potentes sistemas de comunicação fragmenta a gestão do cuidado em redes regionalizadas, uma vez que o sistema de comunicação não acompanhou a expansão da implantação dos novos dispositivos regionais. Essa desintegração entre a regulação interna dos serviços ofertados no nível regional e a regulação externa dos municípios/APS corrobora para uma responsabilização dos usuários no seu próprio agendamento (Barcelos, 2016).

No âmbito mais burocrático, o processo de contratualização, também se altera a partir desses novos arranjos organizacionais, visto que as pactuações realizadas entre gestor e prestador de serviços têm como cenário uma arena de decisões onde permeia vários sujeitos e interesses.

Segundo o Ministério da Saúde (MS) a contratualização é a pactuação realizada entre gestor e prestador de serviços, na qual dever ser estabelecidas metas quantitativas e qualitativas de acordo com as necessidades de saúde da população e do perfil assistencial do prestador, sendo especificadas obrigações e responsabilidades para as partes envolvidas e estabelecidos critérios para o monitoramento e avaliação de seu desempenho (Brasil, 2006a).

O contrato pressupõe o alinhamento com as necessidades de saúde. Na perspectiva normativa, a contratualização da oferta de serviços de saúde deve ter como base as demandas de saúde, fortalecendo o planejamento programático da oferta na rede assistencial. No entanto, o que se percebe é a insuficiência de vagas

ofertadas, aumento da fila de espera e o êxodo em busca do acesso aos grandes centros urbanos.

Os interesses público-privado que perpassa essa formalização, embora o contrato estabeleça os direitos e deveres de cada uma das partes, são um ponto importante a ser analisado, uma vez que existe uma fragilidade no acompanhamento do controle e regulação, principalmente no que tange a avaliação dos resultados na prestação de serviços (Santos *et al.*, 2018).

O monitoramento da oferta e a avaliação do desempenho no âmbito regional deveriam ser mecanismos efetivos de controle da contratualização, isso porque regula o interesse público e as disputas pelo uso dos fundos públicos, que beneficiam a acumulação de capitais privados. Tais mecanismos são apontados como essenciais para que o processo de contratualização não ocorra blindado nos anéis burocráticos do Estado¹, evitando práticas clientelistas. Menicucci e Gontijo (2016) apontam que, há tempos, um expressivo contingente populacional já vinha sendo absorvido por formas privadas de assistência em saúde, antes mesmo da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que levou à consolidação dos arranjos mix privado/público, que influencia profundamente no cotidiano atual das organizações de saúde.

Para isso, o espaço de governança torna-se uma importante arena para tomada de decisões que implicam diretamente no acesso, pois é formado por representações de grupos de interesses pertencentes ao sistema regional de saúde. O conceito de governança regional emergiu em meio a necessidade de direcionar a política de saúde ao nível regional, porém a ausência de uma institucionalidade regional complexifica a lógica da governança, visto que a multiplicidades de atores que permeiam esse espaço caracterizam um espaço de atravessamentos de relações de poder e interesses, que nem sempre são expressados pela premissa da solidariedade regional. Um exemplo disso é o chamado processo de “prefeiturização” dos Consórcio Público em Saúde (CPS), onde a demanda eleitoral sobrepõem à demanda de saúde (Almeida *et al.*, 2019).

Diante destes problemas, movidas pelo desejo investigativo de analisar a Regulação em Saúde no Estado do Ceará, mediante ao processo de regionalização

¹Este conceito foi formulado por Fernando Henrique Cardoso, onde busca analisar a organização política da sociedade brasileira e o papel desempenhado pelo Estado no processo de industrialização enquanto Estado planejador desenvolvimentista (MATTOS, 2006).

do acesso a atenção especializada, tenho como direção as seguintes perguntas norteadoras: *“Porque, apesar das estratégias de avanço da regionalização, no Ceará, ainda permanecemos com problemas de acesso, principalmente no interior do Estado?”*, *“Como a regulação da atenção à saúde é abordada nos espaços de governança regional?”*.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar a regulação da atenção em saúde a partir do processo de regionalização no Estado do Ceará.

3.2 Específicos

- Identificar as estratégias de fortalecimento da regulação da atenção sob a perspectiva da regionalização;
- Caracterizar os fluxos de regulação da alta complexidade nas regiões de saúde;
- Identificar como os espaços de governança regional abordam o tema da regulação da atenção à saúde.

4 REFERENCIAL TEORICO

4.1 Acesso, regionalização e a (re) organização em rede dos serviços de saúde

O acesso aos serviços de saúde é um componente crítico para garantir a saúde e o bem-estar das populações, sendo influenciado por diversos fatores econômicos, geográficos e sociais. Wagstaff *et al.* (2018) afirmam que os sistemas de saúde ao redor do mundo variam amplamente em termos de estrutura, financiamento e eficácia, refletindo as disparidades socioeconômicas e políticas de cada país. Em muitos países desenvolvidos, como os que compõem a Europa Ocidental, sistemas de saúde universais financiados por impostos públicos garantem acesso amplo e equitativo aos serviços de saúde. No entanto, mesmo nesses contextos, desafios persistem, incluindo o envelhecimento da população e o aumento dos custos com saúde. Nos países em desenvolvimento, o cenário é mais complexo, com grandes lacunas no acesso aos cuidados de saúde, frequentemente exacerbadas por limitações financeiras, infraestrutura inadequada e distribuição desigual dos profissionais de saúde (Mills, 2014).

A pandemia de COVID-19 destacou ainda mais essas desigualdades, ao revelar a fragilidade dos sistemas de saúde diante de crises sanitárias. A expansão da telemedicina foi uma resposta rápida para mitigar os impactos da pandemia, especialmente em áreas rurais e desfavorecidas, mas sua implementação enfrenta desafios significativos, como a falta de acesso à internet e a aceitação tecnológica (Smith *et al.*, 2022). Portanto, enquanto a busca por um acesso universal e equitativo aos serviços de saúde continua, é evidente que soluções multifacetadas e políticas adaptativas são necessárias para enfrentar os desafios únicos de cada sistema de saúde globalmente.

Nesse contexto, a Lei de Assistência Acessível (AffordableCareAct - ACA), nos Estados Unidos, teve um impacto significativo ao reduzir o número de pessoas sem seguro de saúde, especialmente entre indivíduos de baixa renda e minorias étnicas, embora a implementação tenha variado entre os estados, resultando em disparidades na qualidade do atendimento recebido (Blumenthal; Collins; Fowler, 2020).

No entanto, persistem barreiras significativas ao acesso, como a decisão de procurar atendimento, a chegada ao serviço de saúde e o recebimento de cuidados adequados, conforme destacado em revisões sistemáticas (Levesque; Harris; Russell, 2013; Peters *et al.*, 2008; Saurman, 2016). Esses fatores demonstram a complexidade e a necessidade de abordagens multifacetadas para melhorar o acesso aos serviços de saúde de maneira equitativa e eficaz.

A regionalização e a organização em rede dos serviços de saúde têm se mostrado abordagens cruciais para melhorar o acesso aos cuidados de saúde, particularmente em países com grandes desigualdades sociais e econômicas. A regionalização visa distribuir os serviços de saúde de maneira mais equitativa e eficiente, enquanto a organização em rede busca integrar diferentes níveis de cuidado, promovendo a continuidade do atendimento e a otimização de recursos.

A regionalização é uma estratégia de gestão que organiza os serviços de saúde em áreas geográficas específicas, de modo a garantir que as populações tenham acesso a serviços adequados e contínuos. Segundo Viana *et al.* (2008), a regionalização é uma resposta à necessidade de coordenar e planejar os serviços de saúde de forma a otimizar os recursos e melhorar a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

A regionalização permite que os serviços sejam distribuídos de acordo com as necessidades específicas de cada região, levando em conta fatores como densidade populacional, perfil epidemiológico e capacidade de infraestrutura. Um exemplo bem-sucedido de regionalização é o SUS no Brasil, que organiza os serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade (atenção básica, média e alta complexidade) e em regiões de saúde (Viana *et al.*, 2008).

A necessidade da reformulação do aparato estatal e do desenvolvimento de sistemas de proteção social ganha força no Brasil, principalmente após o país passar do Estado ditatorial para o Estado democrático. A realidade do país no final da década de 1970 e durante a década de 1980 era de intensa exclusão da maior parte dos cidadãos, e a luta pela redemocratização influenciou diretamente as conquistas de direitos, dentre os quais o direito à saúde, que até então se restringia na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), prevalecendo a lógica de cidadania regulada.

Para Viana, a Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978, representa um grande marco no contexto histórico da saúde. A constatação de crise profunda nos

modelos de saúde operacionalizados, principalmente em países subdesenvolvidos acelera a ampliação de programas de reformas políticas no âmbito da saúde, tendo em vista a perspectiva da descentralização (Viana, 2014). Para a autora, a descentralização deve envolver:

O deslocamento do fluxo do poder político, administrativo e tecnológico de certas unidades centrais para níveis periféricos, intermediários e locais. A descentralização torna-se assim, um instrumento de reestruturação do poder, aproximado os problemas das instituições de nível intermediário local, e também transferindo a capacidade de tomar decisões (Viana, 2014, p. 44).

Em meio a esse cenário, o SUS é constituído e alicerçado na Constituição Federal (CF) de 1988, representando o arranjo organizacional do Estado Brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil (Vasconcelos; Pasche, 2006).

Após a implantação do SUS, a saúde assume uma postura de sistema de proteção social. Todos os brasileiros passam a ter direito ao SUS, tendo como premissa a concretização de um sistema de serviços e práticas em saúde muito mais democrático, social e universalizado. Seus elementos doutrinários e organizativos são pautados nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular.

No entanto, ainda com a concretização do SUS, a descentralização prevalece como pauta prioritária da agenda federal durante a década seguinte, refletindo no desenvolvimento de uma ampla normatização associada a mecanismos de indução e coordenação desenvolvidos no âmbito das políticas para favorecer a transferência de poder decisório, a responsabilidade gestora e os recursos financeiros da União para os estados e, principalmente, para os municípios (Levcovitz; Lima; Machado, 2001; Machado, 2006, 2007).

Durante esses anos, o arcabouço normativo foi fortemente frisado por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB) e, em seguida, das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), as quais representam elementos importantes no processo de ampliação da gestão municipal e na materialização do avanço no que tange à descentralização e municipalização da saúde, definindo, de forma geral, as regras dos estados e municípios na inserção ao SUS. Até o ano de 1997, 60% dos municípios brasileiros haviam aderido ao SUS e 144 municípios estavam enquadrados na condição de gestão semiplena. E, no ano de 2000, 99% dos municípios estavam habilitados no Sistema Único de Saúde (Arretche; Marques, 2002; Arretche, 2002).

Tais dados representam uma estratégia de sucesso de um movimento unificado entre Estado e sociedade em transformar a conjuntura estrutural dos serviços de saúde considerados historicamente centralizadores e pouco acessíveis às necessidades de saúde locorregionais. Ressalta-se que, apesar dos tensionamentos e conflitos de poder pertencentes às relações das esferas de governo, é de se destacar o curto espaço de tempo em que foi operacionalizada uma estratégia política tão desafiadora como a descentralização.

No entanto, se, por um lado, o processo de descentralização é considerado uma experiência de sucesso, por outro lado, alguns autores apontam contradições e paradoxos na condução ideológica conceitual, refletindo na permanência de aspectos centralizadores (Campos, 2009; Santos, 2013; Viana, 2014).

Assim, é pertinente se questionar em que perspectiva as reformas do sistema de saúde brasileiro foram de fato materializadas, uma vez que o processo de descentralização é conduzido pela presença marcante de uma tutela do governo federal e caracterizado por amarras “blindadas” advindas do controle burocratizado, levando à persistência na centralização dos recursos na esfera federal, à fragmentação do sistema na ausência da regionalização e à reprodução das práticas sanitárias tradicionais (Vasconcelos; Pasche, 2006).

Nesse sentido, Santos (2013) assinala a importância de fortalecer a regionalização como forma de inibir os efeitos negativos da descentralização, os quais corroboram no isolamento de entes-federativos, associando-se a falta de conhecimento das realidades do entorno, a fragmentação e o enfraquecimento dos serviços. Apesar de o termo “regionalização” estar fortemente presente nos textos institucionais desde a Lei Orgânica da Saúde (LOS) N° 8.080/1990, na qual o termo já era considerado como mecanismo de organização, de direção e de gestão do sistema, o conceito veio a se solidificar nos anos de 2000, nas edições NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002, e principalmente nos Pactos pela Saúde em 2006, e mais recentemente na Portaria N° 4.279 de 2010 e no Decreto 7.508 de 2011.

Goya (2017) amplia os quatros períodos analisados por Viana *et al.* (2008) (quatro ciclos da descentralização), incluindo na análise os três últimos marcos normativos como elementos importantes no processo de fortalecimento do processo de regionalização: Pactos pela Saúde em 2006, Portaria n° 4.279 de 2010 e o Decreto n. 7.508 de 2011.

É perceptível, nos últimos anos, um esforço em materializar uma regionalização mais pactuada com as diversidades locorregionais, implicando a perspectiva econômica, cultural e social para redefinição do conceito de regiões de saúde. A arena de negociação do colegiado de Gestão Regional, o desenho regional para implantação das RAS e a regionalização contratual caracterizada principalmente pela adesão tripartite do COAP representam avanços nesse sentido. Por outro lado, fica evidente também a perspectiva jurídico-normativa conduzindo as transformações no âmbito das políticas estatais, permanecendo a lógica da burocratização dos processos de mudanças políticas tradicionalmente construídas, principalmente no campo da saúde.

Entretanto, mesmo com a regionalização, persistem barreiras significativas ao acesso, como a desigualdade na distribuição dos serviços e a falta de infraestrutura adequada em regiões remotas. A telemedicina tem surgido como uma solução promissora para superar algumas dessas barreiras, oferecendo acesso a cuidados de saúde em áreas onde os serviços presenciais são limitados (Smith *et al.*, 2022).

Nesse contexto, o acesso aos serviços de saúde é um fator determinante para a melhoria dos indicadores de saúde de uma população. Levesque, Harris e Russell (2013) destacam que o acesso é influenciado por fatores de disponibilidade, acessibilidade, acomodação, aceitabilidade e capacidade de utilização dos serviços. Estes fatores podem ser impactados positivamente pela regionalização, que visa garantir que os serviços estejam disponíveis e sejam de fácil acesso para todos os segmentos da população.

Dentro da proposta das RAS, a média e alta complexidades antes representadas por um sistema hierárquico e piramidal são substituídas por um desenho organizativo poliárquico e não hierárquico, por meio de pontos de atenção secundária (média complexidade), nas microrregiões sanitárias, e os pontos de atenção terciária (alta complexidade), nas macrorregiões sanitárias (Mendes, 2011).

As RAS representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral ao usuário e para a promoção da saúde (Silva; Magalhães Júnior, 2013). O mesmo autor aponta ainda como componentes indispensáveis para a constituição de uma RAS:

1) espaço territorial e uma população; 2) serviços de ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas e com distintas características nesse território, incluindo os de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, transporte etc., adequadamente articulados e integrados harmonicamente em uma condição ótima de custo e benefício, além de ofertas e necessidades; 3) logística que contribua para identificar e orientar os usuários em seu caminhar nas malhas das redes, com destaque para mecanismos de identificação do usuário e prontuário acessível em todos os pontos da rede; 4) sistemas de regulação, com normas e protocolos a serem adotados para orientar o acesso, definir competências e responsabilidades etc., e de coordenação dos processos de decisão e planejamento. (Silva; Magalhães Júnior, 2013, p. 86).

A premissa de organizar os serviços de saúde em rede é intrinsecamente relacionada à necessidade de superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde, que se manifesta sob vários aspectos, tais como, à relação ao desempenho do sistema, a ausência de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, a multiplicidade de serviços e infraestrutura, a capacidade ociosa dos serviços e a atenção à saúde sendo prestada de uma forma pontual e episódica, com foco nos acometimentos agudos (Mendes, 2012).

Assim, a organização em rede dos serviços de saúde envolve a integração dos diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e a coordenação entre eles para garantir a continuidade do cuidado. Segundo Mendes (2011), a organização em rede é fundamental para assegurar que os pacientes recebam o atendimento adequado no nível certo de complexidade, evitando a sobrecarga dos serviços de alta complexidade e melhorando a eficiência do sistema de saúde.

A organização em rede pode ser facilitada por mecanismos de referência e contrarreferência, que garantem que os pacientes sejam encaminhados para os serviços apropriados conforme necessário. Além disso, o uso de tecnologias da informação e comunicação (TIC) pode melhorar a coordenação entre os diferentes níveis de atenção e assegurar que as informações dos pacientes sejam compartilhadas de maneira eficaz (Peters *et al.*, 2008).

Além disso, a integração dos serviços de saúde em redes pode levar a melhores resultados de saúde ao garantir que os pacientes recebam cuidados de acordo com suas necessidades específicas e ao promover a utilização mais eficaz dos recursos disponíveis (Mendes, 2011).

No âmbito normativo da macropolítica, o MS publicou a Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, apontando as RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio

de sistemas de apoio técnico, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2010, p. 2).

Para Mendes, as RAS representam uma estratégia de reorganização dos sistemas de saúde sob a concepção poliárquica, substituindo a concepção de organização piramidal. A estrutura em rede modela os pontos de atenção à saúde, composta por diferentes densidades tecnológicas que se distribuem espacialmente de forma a combinar elementos de concentração e de dispersão dos serviços de saúde, tendo como base o critério de acesso (Mendes, 2011).

Segundo a própria portaria que institui as RAS, cinco redes temáticas (RT) são pactuadas como prioritárias, sendo elas: Rede Cegonha; Rede de Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (Viver sem Limites); e Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2010). Todas as RT constituem a estrutura operacional das RAS que, por sua vez, se relacionam de forma transversal com outras redes temáticas por meio dos sistemas logísticos (transporte, regulação, prontuário clínico, cartão de identificação do usuário) e dos sistemas de apoio (diagnóstico terapêutico, assistência farmacêutica, sistema de informação em saúde), tendo a APS como coordenadora e reguladora da Rede.

Peroni (2013) aponta duas vertentes instaladas com a introdução das redes nos sistemas de saúde: de um lado, o âmbito da macropolítica caracteriza a produção de documentos legais e diretrizes direcionados à estruturação dos serviços de saúde, visando ao adequado funcionamento da rede; e, na vertente da micropolítica, a organização das RAS pressupõe o encontro entre sujeitos – usuários, trabalhadores e gestores – num espaço de disputas, interesses e diferentes saberes que dão sentido e movimento à rede.

Alguns autores sinalizam os desafios a serem enfrentados na consolidação das RAS conforme seu modelo ideal de projeção, tais como: dificuldade de garantir acesso universal; insuficiência de financiamento; fragilidade na ampliação da oferta, devido ao poder centralizador da esfera federal; dificuldade da APS em exercer o papel de norteador das RAS; inexistência de um sistema de informação potente articulado com o cartão SUS, entre outros (Alecrim; Dobashi, 2014).

Muitos desses desafios estão relacionados com a (des)integração dos serviços ofertados na Rede. Para Santos e Andrade, as Redes são sinônimos de

integração. Portanto, sem integração, não há redes. Sendo assim, a integração dos serviços deve ser realizada por nível de atenção, tendo em vista a Rede hierarquizada em nível de complexidade crescente, podendo ainda, em razão de especificidades dos serviços, ser organizada por especialidades, por ciclo de vida ou por outros critérios. Deve ainda produzir economia, expansão dos serviços, melhorias do acesso, evitar duplicidade de serviços e a desnecessária repetição de exames e procedimentos, e por fim, ser humana, eficaz, racional, econômica e qualitativa (Santos; Andrade, 2013).

Os autores chamam atenção para o fato de que, sem governança e ato normativo institucionalizado, esse complexo de conexões de interação e integração de serviços não logrará sucesso, uma vez que o SUS necessita de uma gestão intergovernamental, e não apenas uma relação entre governos (Santos; Andrade, 2013).

Nessa perspectiva, diante da necessidade de regionalizar a oferta, como melhor estratégia para o alcance da consolidação do acesso e resolubilidade dos serviços de saúde, os autores apontam as “redes interfederativas de saúde” enquanto importante processo na concretude da integralidade na saúde (Santos; Andrade, 2013).

A rede interfederativa de saúde é a interconexão dos entes políticos responsáveis pela saúde (ações e serviços), que devem, conjuntamente, decidir em espaços colegiados, de comum acordo, todas as questões referentes à saúde. Ela engloba a rede de serviços, mas sem com ela confundir-se. A rede de serviço tem postos de saúde, hospitais, tecnologias, profissionais, unidades, etc.; e a rede interfederativa tem colegiados e agentes políticos que deliberam sobre o sistema, porém não pode ser confundida com o próprio serviço de saúde e seus profissionais, ainda que estes sejam parte dela. A rede interfederativa é a totalidade de conexões entre os elementos sistêmicos, em que o todo é maior do que as partes, redes dentro de redes, todas fortalecendo umas às outras e se autorregulando, mediante acertos e erros, sem regulação imposta por apenas uma unidade (Santos; Andrade, 2013).

Sendo assim, ao se pensar em concentração de serviços de saúde de alta densidade tecnológica em um determinado espaço regionalizado, é necessária uma boa negociação político-administrativa intergovernamental entre os municípios, fundamentando-os institucionalmente e legalmente para uma oferta mais equânime de ações e serviços de saúde. Essa negociação irá impactar também no âmbito da

micropolítica, uma vez que a acessibilidade aos serviços será apenas possível mediante potentes sistemas de apoio aos usuários, tais como comunicação, mobilidade, moradia, dentre outros, previamente pactuados.

Ainda sob a perspectiva da micropolítica, concordamos com Zambenedetti e Da Silva (2008), quando afirmam que não se trata apenas de ter uma Rede, mas de funcionar em Rede, de modo articulado, tendo em vista um viés topológico-espacial e a cautela em não discernir o caráter de “fazer circular” com o de “controlar”. De acordo com Cecílio (1997, p. 7):

[...] pensar o sistema de saúde como um círculo é, em primeiro lugar, relativizar a concepção de hierarquização dos serviços, com fluxos verticais, em ambos os sentidos, nos moldes que a figura da pirâmide induz (...). O círculo se associa com a ideia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída. Ele não hierarquiza. Abre possibilidades. E assim deve ser o modelo assistencial que preside o SUS.

Ou seja, para além da proposta de implantação de uma estrutura do modelo de atenção à saúde em rede, é necessário qualificar o “atuar em rede”, de modo que todos os sujeitos inseridos no “círculo” consigam ter intrínsecos no seu cotidiano de trabalho a essência da integração, da articulação e da comunicação.

Essa postura flexibiliza os processos de cuidado, contrapondo-se à lógica burocrática organizacional centrada na reprodução de serviços de saúde em cima do campo das profissões, dos procedimentos e dos protocolos, estruturada de forma inteira e sólida, como se fosse um controle de governabilidade extenso, aniquilando as Redes existenciais que perfazem os sujeitos (Merhy, 2014).

Dentre os dispositivos identificados que podem ser motivo de investimento para enfrentar os diversos obstáculos da atuação em rede, destacam-se a construção de “linhas de cuidado”, a criação de “instâncias reguladoras locais”, o papel dos “apoiadores institucionais”, a instauração das “equipes gestoras de casos” e o uso de “protocolos clínicos pactuados coletivamente”, que qualificam o processo de regulação.

Frente à desafiadora tarefa de promover práticas de saúde mais integradas no âmbito do SUS, a instituição de “linhas de cuidado” (LC) tem sido experimentada como potente arranjo tecnológico que, pensado de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde, centrando-se nas necessidades dos usuários e requerendo construção ativa dos sujeitos implicados (Cecílio; Merhy, 2003).

As LC são possibilitadas pelo “trabalho vivo em ato”, pela afecção dos encontros e pelos processos de subjetivações, que provoca “desterritorialização” nas práticas de saúde, rompendo com lógicas reducionistas instituídas que não estão implicadas com a defesa da vida, quais sejam: as lógicas capitalísticas, biomédicas e centradas em procedimento (Cecício; Merhy, 2003). Elas são pontes e entrecruzamentos entre macroprocessos e a micropolítica, pressupondo a existência de uma rede de serviços que suporte as ações necessárias e a construção de projetos terapêuticos adequados às singularidades dos usuários, aspectos que buscam nortear o processo de trabalho e o acesso aos recursos disponíveis à assistência (Malta; Merhy, 2010).

As LC podem ser entendidas como produção de saúde sistêmica e dinâmica, com fluxo de cuidado nos diferentes níveis de atenção e de gestão, construídas em resposta à superação da problemática da ausência de mecanismos eficazes de regulação e ordenamento dos fluxos de usuários, mostrando-se essenciais para a resolubilidade do cuidado em saúde (Dubow *et al.*, 2014), apesar de, também, estarem expostas ao risco de rupturas ou de fragmentação do cuidado (Malta; Merhy, 2010). No âmbito normativo, as LC são definidas como políticas de saúde matriciais, integrando ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, direcionadas a grupos específicos (Brasil, 2008).

Em suas formulações sobre as LC, Malta e Merhy (2010) enumeram alguns aspectos envolvidos na configuração desse arranjo tecnológico: tanto na perspectiva de macroprocessos, tais como a organização da vigilância e da informação em saúde, comunicação em saúde, legislação e regulação de medidas intersetoriais, organização da rede de serviços e proposição de protocolos clínicos; quanto na perspectiva da micropolítica do processo de trabalho em saúde, com atuação em equipe na coordenação do cuidado, vinculação e responsabilização do cuidador e busca da produção da autonomia do usuário.

Outra iniciativa que possibilitaria a configuração de um arranjo de articulação em rede seria a criação de “instâncias reguladoras locorregionais”, compostas por integrantes da Atenção Básica e da Atenção Especializada, por usuários e por prestadores de serviços. Esse arranjo implica admitir que os processos microrregulatórios locais são necessários, porém insuficientes. A proposta seria propor grupos de trabalho de caráter executivo, em nível de região de saúde, que assumissem como estratégia gerencial processos de educação permanente com base

em determinadas situações e problemas enfrentados, cuja referência principal continuaria sendo a atenção básica, mas não a única (Cecílio; Reis, 2018).

Essa dimensão tenciona um outro vetor essencial na constituição das RAS: as Redes de conversação, nas quais a integralidade se constitui também pela interação dos sujeitos envolvidos no “círculo”, ou seja, por meio dos processos intensos de comunicação:

Conversação é a unidade mínima de interação social voltada para execução bem sucedida de ações. Envolve mais de um ato de fala e articulação, escuta e proposição. A linguagem não apenas é uma forma de expressão ou representação do mundo, mas envolve atos que contribuem para sua geração ou recriação dinâmica. A ideia de rede de conversações operando como “sedimentador” das atividades de coordenar interdependências e promover integração advém da compreensão das organizações como uma rede predominante de petições e compromissos, apoiada nas afirmações e declarações. Estas são, em última análise, fundantes ou criadoras das organizações. Os nós desta rede corresponderiam a especializações em determinados compromissos (ou formas de produção), com conversações nitidamente recorrentes (Lima; Rivera, 2010, p. 324).

Todos os vetores de análise implicados na organização dos serviços de saúde são diversificados e direcionam à reflexão sobre como modelar a Rede de Atenção de modo que ela corresponda às necessidades de saúde (e existenciais) dos indivíduos que utilizam o SUS. Isso deve ser considerado em um cenário de crise contemporânea da saúde, no qual há um desencontro entre uma situação epidemiológica caracterizada por condições crônicas e um sistema de atenção voltado para responder às condições agudas e às agudizações das condições crônicas.

Romper com as dicotomias existentes nos arranjos organizacionais do SUS implica, antes de mais nada, uma compreensão polidimensional do conceito de Rede, a partir da qual alcançaremos um sistema com conexões assistenciais e a concretude da integralidade

4.2 O processo de regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais

O conceito de regulação é complexo, com uma base epistemológica transdisciplinar, e ao longo da história foi desenvolvido a partir de diferentes perspectivas e abordagens de pensamento.

Oliveira (2014) aponta a possibilidade de demarcação de um conceito polissêmico, a partir de uma historicidade e de diferentes pensamentos. Inicialmente, o conceito surge muito ligado à mecânica, onde estava associado à detecção, reparação e desvios, uma vez que o funcionamento dos organismos vivos era interpretado por referência ao funcionamento de máquinas. Em seguida, evolui para uma noção de equilíbrio e adaptação, com a ideia de regulação biológica, que influenciou e modificou marcadamente o modo de conceituar e entender a regulação em diversos campos do conhecimento, incorporando a ideia de compensação de desequilíbrio e interação entre partes (componentes), influenciada pela interpretação do organismo enquanto sistema (teoria sistêmica). Por fim, são incorporadas as ideias de conservação e adaptação ao entendimento da regulação biológica, inspiradas pelo campo da cibernética e pelas teorias sobre a complexidade.

O autor também aponta referências conceituais de regulação no âmbito do direito, destacando-se as de restrição e disciplinamento de comportamentos, compreendidas como o estabelecimento de normas de conduta e a criação de instrumentos de coação, para garantir que as normas sejam efetivamente cumpridas. As ideias de vigilância de regularidades e da regulamentação também estão ligadas ao conceito de regulação no domínio jurídico.

No campo da economia, os conceitos de regulação também abrigam uma variedade de ideias, como a utilização do controle exercido pelo Estado sobre o mercado. O emprego da ideia de equilíbrio também tem ênfase nos conceitos de regulação econômica, especialmente no que diz respeito à função da regulação como correção de falhas do mercado.

Por fim, o autor aponta o campo da sociologia, onde são empregadas as ideias de normatividade, regularidade e transformação. Essas ideias também apresentam fortes influências das teorias e conceitos do campo da biologia. Na regulação social, destacam-se as ideias de normatividade, estabilidade e continuidade como as principais, enquanto a regulação política está alicerçada nas ideias de negociação, conciliação de interesses e equilíbrio de poder.

O conceito de regulação está amplamente relacionado com a discussão dos mecanismos sociais que assegurariam a estabilidade e a inércia das regras sociais. Acreditava-se no Estado social forte e intervencionista, e defendiam como agente e objeto da regulação, respectivamente, o Estado, ou pelo menos uma instância pública, e a sociedade em sua totalidade (Oliveira, 2014).

Nessa perspectiva da regulação estatal as atribuições do governo integram-se a promoção do bem-estar econômico e social dos cidadãos através da adoção e desempenho de políticas públicas. Estas estão relacionadas aos seguintes campos: macroeconomia; aumento do nível de emprego e renda; proteção à saúde e meio ambiente; educação; concorrência; previdência social; e política regulatória (Enap, 2020).

A política regulatória compreende o uso da regulação para o alcance de objetivos governamentais, uma vez que viabiliza a gestão de economias e sociedades cada vez mais complexas, abertas e mutáveis. O crescimento dos sistemas regulatórios expressivo nas últimas décadas mostrou a importância de suas ações, haja vista que passou a compreender um maior número de áreas de modo a abranger novos problemas e demandas sociais (Enap, 2020).

Embora no âmbito do Brasil, o conceito de regulação tenha uma menor abrangência por considerar que esta somente será desempenhada no âmbito das agências reguladoras listadas na Lei Nº 13.848, de 25 de junho de 2019 (Brasil, 2019), no âmbito internacional seu conceito é mais amplo, uma vez que constitui o conjunto de atos normativos por meio dos quais os governos estabelecem exigências aos agentes econômicos e aos cidadãos. Dessa forma, o desempenho da regulação não é limitado ao âmbito das agências reguladoras (OCDE, 1997).

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (OCDE, 2012), a regulação compreende uma gama de instrumentos pelos quais os governos fixam requisitos para empresas e cidadãos. Dentro do seu escopo são incorporadas leis, normas formais e informais emitidas em todos os níveis de governo, além daquelas elaboradas por órgãos não governamentais ou autorregulados aos quais os governos tenham delegado poderes regulatórios.

O foco de atuação da regulação é a melhoria da governança global por meio de um diálogo colaborativo. Nesse ínterim, ela pode ser classificada em três categorias: econômica, social e administrativa. A econômica compreende a intervenção estatal nas decisões de mercado, quando os mecanismos falham em garantir as escolhas adequadas na maximização do bem-estar social. A social é guiada para proteger os interesses públicos relevantes, a saber: saúde, segurança e

meio ambiente. A administrativa compreende uma série de exigências imposta pelo Estado, para que formalidades administrativas sejam cumpridas com a finalidade de assegurar a aplicação de normas, como o preenchimento de documentos e formulários (OCDE, 2012).

Embora a regulação configure um instrumento potente e importante na promoção do aumento da eficiência, crescimento econômico e ganhos de bem-estar social, esta deve ser usada quando necessário e na medida em que for preciso, pois implica em custos e riscos associados. Ela poderá transformar em obstáculos os seus próprios objetivos, pois poderá impedir ou desestimular a inovação, além de criar barreiras desnecessárias ao comércio, à concorrência, ao investimento e à eficácia econômica (Enap, 2020).

Como forma de garantir que a atuação regulatória do Estado seja feita de forma correta e coesa, instituiu-se a melhoria da qualidade regulatória, ou seja, mudanças no processo regulatório com vistas a melhorar aspectos como desempenho, custo-efetividade e qualidade legal diante das formalidades burocráticas inerentes à regulação. Essa melhoria tende a acontecer a partir do cumprimento de alguns princípios, como previsibilidade, proporcionalidade, consistência, transparência, participação social e prestação de contas (Enap, 2020).

Segundo experiências dos países da OCDE, a melhoria regulatória tem contribuído para o bom desempenho dos governos e da economia através dos seguintes resultados: Acirramento da concorrência; estímulo à inovação; criação de empregos; aumento da produtividade; queda do nível de preços; aumento da qualidade dos produtos; incentivo ao empreendedorismo; e redução da economia informal (Enap, 2020).

Em seu documento sobre Política Regulatória e Governança, a OCDE (2012) elencou recomendações para apoiar o avanço e a melhoria regulatória, a saber: Assumir o compromisso com uma política explícita de qualidade regulatória; respeitar os princípios de um governo aberto incluindo transparência e participação no processo regulatório; estabelecer mecanismos e instituições para supervisão regulatória; integrar a AIR nos estágios iniciais do processo regulatório; rever sistematicamente o estoque regulatório; publicar regularmente relatórios sobre o desempenho da política regulatória; coordenar as atividades das Agências Reguladoras; assegurar a

efetividade dos sistemas de revisão da legalidade e imparcialidade processual das regulações; aplicar regulação baseada em risco; promover a coerência regulatória entres os níveis de governo; fomentar o desenvolvimento da capacidade de gestão e desempenho regulatório nos níveis subnacionais de governo; e buscar Cooperação Regulatória Internacional.

Nesse íterim, quando se mantém o processo de tomada de decisão embasado por evidências, conformidade legal, qualidade regulatória, desburocratização e participação social, será observada uma expressiva melhora na governança pública (OCDE, 2012).

Dessarte aos aspectos inerentes à melhoria e desburocratização da regulação, destaca-se a Análise do Impacto Regulatório (AIR). Esta configura-se por uma ferramenta de análise mundialmente difundida que objetiva melhorar a qualidade regulatória ao passo que desestimula regulações desnecessárias e ilógicas (Meneguín; Melo, 2022). A AIR garante robustez técnica ao processo de tomada de decisão de modo a subsidiar reflexões sobre o que pode ser feito para antecipar a edição de normas desenvolvidas de forma apressada e sem um prévio planejamento de como serão seus custos, efeitos e consequências (Enap, 2020).

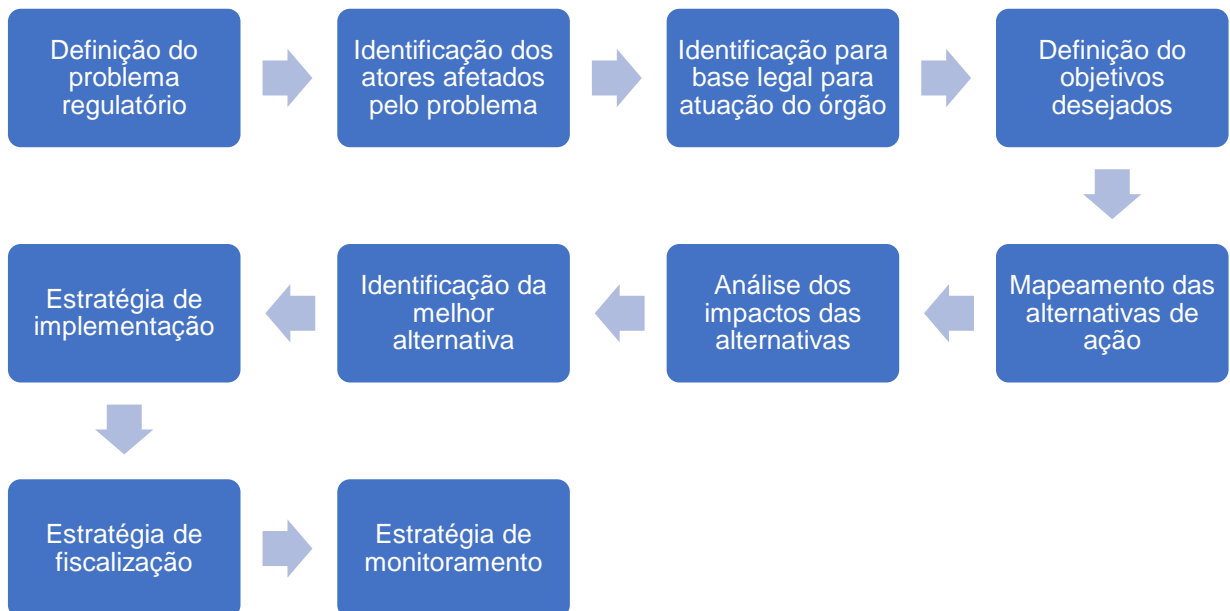
Para um bom desempenho da AIR, a OCDE recomenda cinco princípios a serem adotados: É necessário introduzir e implementar AIR de forma perene e estruturada dentro do país; a governança deve ser voltada para institucionalização da AIR em todos os níveis: federal, estadual e municipal; é necessário que o país adote uma metodologia flexível para implementação da AIR; a AIR deve começar nos estágios iniciais do processo regulatório; deve haver um mecanismo integrado de avaliação e monitoramento dentro da AIR (OCDE, 2012).

No Brasil, a institucionalização da AIR configurou uma porta de entrada para reflexões das estratégias de regulação executadas pelo poder público, mostrando que a esta pode ser desempenhada para além do modelo tradicional. Sua implementação objetivou diminuir assimetrias na informação, além de subsidiar melhor as intervenções por meio do fornecimento de evidências (Meneguín; Melo, 2022). Esta por sua vez, não se resume a um instrumento para definição da intensidade e/ou qualidade da regulação estatal, uma vez que a própria decisão sobre a necessidade

de se instituir a regulação faz parte do processo da AIR (Meneguim; Melo, 2022; Oliveira, 2015).

Seu processo de execução pode ser esquematizado em fases conforme observado através da figura abaixo:

Figura 1 – Processo de Análise do Impacto Regulatório.



Fonte: Adaptado de Brasil, 2018.

A AIR não deve ser interpretada como uma comparação entre alternativas de intervenção. À *priori* deve-se buscar entender a natureza e magnitude do problema a ser regulado, assim como definir os objetivos de quem vai regular e analisar se a intervenção será de fato necessária. Posterior à essa análise prévia, recomenda-se a identificação de possíveis alternativas de intervenção para assegurar que a melhor decisão seja tomada. Após todo o exame de informações frente ao cenário em questão, define-se se de fato a regulação será a melhor opção (Brasil, 2018).

Mediante ao arcabouço conceitual e operacional acerca da atividade regulatória descrito acima, faz-se necessário compreender como esta atua na elaboração de políticas públicas, haja vista que ambas configuram atividades estatais. Essa conexão é amparada por lei, uma vez que a Lei das Agências Reguladoras (Brasil, 2019) dispõe sobre o dever que cada agência possui em relação à execução de políticas públicas de seus respectivos setores, conforme descreve o artigo abaixo:

Art. 15. A agência reguladora deverá elaborar relatório anual circunstanciado de suas atividades, no qual destacará o cumprimento da política do setor, definida pelos Poderes Legislativo e Executivo, e o cumprimento dos seguintes planos:

I - plano estratégico vigente, previsto no art. 17 desta Lei;

II - plano de gestão anual, previsto no art. 18 desta Lei.

§ 1º São objetivos dos planos referidos no caput:

I - aperfeiçoar o acompanhamento das ações da agência reguladora, inclusive de sua gestão, promovendo maior transparência e controle social;

II - aperfeiçoar as relações de cooperação da agência reguladora com o Poder Público, em particular no cumprimento das políticas públicas definidas em lei.

É necessário enfatizar que a obrigação legal incumbida à maioria das agências corresponde à execução e implementação das políticas e não proposição ou elaboração destas de forma autônoma. Faz-se exceção somente à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que por meio de suas leis de criação é permitido a proposição de políticas junto aos setores correspondentes (Barros, 2021).

Entretanto, embora a competência das agências compreenda a implementação de políticas, alguns instrumentos devem ser elaborados por estas como forma de corroborar com o seu cumprimento. Os relatórios anuais são alguns desses instrumentos, pois a elaboração destes subsidiarão a avaliação das políticas públicas pelos órgãos da administração pública e permitirão a divulgação de seus resultados (Brasil, 2019; Barros, 2021).

Outros instrumentos são o Plano Estratégico, Plano Anual de Gestão Anual e Agenda Regulatória. O Plano Estratégico deverá ser elaborado de forma quadrienal de modo a conter objetivos, metas e resultados esperados das ações da agência reguladora frente à sua gestão e competências regulatórias, fiscalizatórias e normativas. Também deverão pontuar possíveis fatores externos alheios à governança das agências que poderão afetar o cumprimento efetivo do plano. O plano de gestão anual compreenderá um instrumento anual de planejamento onde estarão dispostas ações, resultados e metas relacionados aos processos conclusivos de gestão. Por fim, a agenda reguladora subsidiará o planejamento das atividades normativas que conterá os temas prioritários a serem contemplados pela agência ao curso de sua vigência (Brasil, 2019).

No âmbito da saúde, a regulação no setor é uma ação complexa, que compreende um considerável número de atividades, instrumentos e estratégias, considerando que o setor é composto por um conjunto de ações, serviços e programas de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e palição, que incluem tanto cuidados individuais quanto coletivos, e que requerem atenção em distintos pontos de atenção à saúde, ambulatoriais e hospitalares (Brasil, 2011).

No SUS, a regulação se configura com a ideia de controle entre dois polos da relação – oferta e demanda. Ela visa ordenar a relação entre as necessidades dos usuários e a capacidade de oferta de sistemas e serviços (Barbosa; Barbosa; Najberg, 2016).

A ideia de oferta foca na perspectiva dos produtores, determinando a quantidade de mercadoria produzida por um determinado preço. Já a demanda é o desejo por um bem ou serviço, combinado com a capacidade e a habilidade de fazer esse desejo conhecido e realizado; isto é, analisa o lado dos consumidores. O mercado é um mecanismo de ajuste entre a oferta e a demanda, que permite a troca de bens e serviços entre produtores e consumidores, sem a necessidade da intervenção do Estado, pois utiliza como indicadores os preços (Castro, 2002).

Dessa forma, a saúde tem uma relação estreita com setores da atividade econômica, pois, na medida em que opera sobre a relação entre oferta e demanda das ações e serviços de saúde na perspectiva da racionalização dos gastos, tem papel importante na melhoria da gestão dos recursos financeiros e materiais do sistema.

Para Giannotti (2013), a regulação da saúde no Brasil, por muito tempo, utilizou-se de mecanismos de controle como seu principal objetivo, desde a criação das caixas de aposentadorias e pensões, onde, naquele período, o foco eram as ações de controle, avaliação e auditoria, necessárias para operar a rede credenciada, ou seja, definir a forma de pagamento, critérios para autorização de procedimentos, dentre outros. Apenas recentemente, o conceito e a prática de regulação em saúde começaram a ser desenvolvidos com o objetivo de garantir o direito e a satisfação de determinadas necessidades sociais.

No âmbito institucional, o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006b) foi o principal marco normativo do desenvolvimento da Política Nacional de Regulação em Saúde (PNR), e, posteriormente, a portaria GM nº 1559, de 1º de agosto de 2008, define os três eixos de operacionalização da regulação no SUS:

A regulação de sistemas de saúde tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definidos a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para regulação da atenção à saúde, e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

A regulação da atenção à saúde tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigidas aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações de regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação do acesso, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária.

E, por fim, *a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial* se caracteriza por um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

No âmbito da atenção hospitalar, os Núcleos Internos de Regulação (NIR) são responsáveis por gerenciar o acesso nos hospitais, de forma articulada com as Centrais de Regulação, bem como permitir o acesso de forma organizada e por meio do estabelecimento de critérios de gravidade, além de disponibilizar o acesso ambulatorial, hospitalar, de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, seguindo critérios pré-estabelecidos, como protocolos que deverão ser instituídos em conjunto pelo NIR e pela gestão da Regulação. Também deve permitir a busca por vagas de internação e apoio diagnóstico/terapêutico fora do próprio estabelecimento para os

pacientes que requeiram serviços não disponíveis, sempre que necessário, conforme pactuação na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2013).

A implantação e/ou implementação do NIR deve ser entendida como um projeto importante e permanente dentro do planejamento estratégico das unidades hospitalares, tendo em vista que os hospitais são instituições complexas, com rotinas e culturas organizacionais que necessitam ser aprimoradas para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários do SUS.

De acordo com Santos e Giovanella (2016b), os dispositivos que podem facilitar o acesso estão relacionados à oferta de serviços, aos mecanismos de acesso à rede especializada, aos instrumentos de comunicação entre os níveis de atenção e ao exercício da função de filtro (*gatekeeper*). Cecílio *et al.* (2012) mencionam que algumas medidas factíveis estão sendo experimentadas, tais como mecanismos formais e regulares de comunicação entre médicos da ESF e centrais de regulação, qualificação dos processos microrregulatórios dentro da própria unidade e acesso direto das equipes locais para marcação de consulta.

Alguns aspectos-chave envolvidos, que impactam diretamente os processos microrregulatórios do acesso e sua articulação em rede, foram identificados na literatura, tais como: existência de prontuários eletrônicos online; estratégias de educação permanente para qualificação de gerentes e profissionais da ESF (Oliveira; Pereira, 2013); processo de encaminhamentos com descrição clara de justificativa clínica; desenvolvimento da cultura de contrarreferência para evitar fragmentação de informações (Moraes; Campos; Brandão, 2014); disponibilidade do sistema informatizado de central de marcação na própria UBS; monitoramento da lista de espera para consultas com especialistas e realização de exames; redução de interferências políticas na condução do fluxo assistencial (Santos; Giovanella, 2016b); agendamento de consultas com especialistas pela UBS; e disponibilidade de laudo de exames e/ou relatórios clínicos referentes ao atendimento recebido em outro ponto da rede quando o usuário volta à UBS (Venâncio; Rosa; Bersusa, 2016).

Souza *et al.* (2017) e Giovanella (2018) também reiteram que a continuidade informacional, mediada pelo uso de prontuários eletrônicos compartilhados e Telessaúde com segunda opinião, são considerados aspectos favoráveis à concretização da coordenação do cuidado. Giovanella (2018) ainda acrescenta a essa lista de iniciativas favoráveis à coordenação do cuidado a elaboração de protocolos de referência com a participação de profissionais da ESF e

da Atenção Especializada, abrindo espaço real para um diálogo clínico entre os distintos serviços de saúde.

Nesse contexto (o da micropolítica), os fluxos assistenciais pactuados nas instâncias decisórias corresponderiam às redes formais "analógicas", que têm a intenção de seguir um ordenamento com a pretensão de organizar o sistema de saúde. Todavia, essas redes formais, apesar de disparadoras, estão atravessadas por redes informais "rizomáticas", "hipertextuais" ou "existenciais", resultantes da tensão entre a lógica instituída e os "acontecimentos" que escapam dela, e traçam outros trajetos que respondem às necessidades, limites e potências dos próprios usuários e dos trabalhadores de saúde (Merhy *et al.*, 2014; Maximino *et al.*, 2017).

Com base na configuração das redes de atenção do sistema de saúde, a discussão acerca da regulação, cujo conceito mais comum se reporta à regulação do acesso dos usuários aos serviços, e à operacionalização da regulação como cumprimento de protocolos, definição de cotas e agendamento de consultas e procedimentos, apesar de ter sido um passo importante, nem sempre dá conta da produção de cuidado, visto que esta é mobilizada por encontros e desencontros, que vão além de regras e protocolos (Bertussi *et al.*, 2016).

A regulação enquanto produção social comporta diferentes lógicas, racionalidades e processos, abrangendo múltiplos regimes. Mesmo o governo reivindicando ser o regulador principal, a realidade tem mostrado que muitos sujeitos buscam mudar as regras do jogo, indicando que a regulação é, de fato, um processo instituinte, levando em consideração o funcionamento do SUS real e a tensão entre os distintos perfis do usuário: o "ideal" usuário-fabricado, que é disciplinado, previsível e guiado por procedimentos; e o "real" usuário-fabricador, que faz escolhas, é nômade, autônomo e subverte o planejado (Cecílio, 2012).

Com o intuito de facilitar o processo analítico, Cecílio, Carapinheiro e Andrezza (2014) criaram uma tipologia de quatro regimes de regulação: "governamental", que corresponderia aos fluxos formais estabelecidos em documentos; "profissional", fluxos construídos pelos trabalhadores de saúde com base em sua rede de amizades; "clientelístico", orquestrado por meio de solicitações de políticos com vistas a favorecer a obtenção de votos nos períodos eleitorais; e "leigo", construído pelos próprios usuários para enfrentar as inúmeras barreiras de acesso.

Os gestores reconhecem que o processo regulatório depende da configuração do sistema de saúde como um todo, tendo a rede básica como peça central. Entretanto, apontam para algo que não consegue se realizar naquele espaço, reflexo da força do modelo biomédico. Os trabalhadores atuam, de um lado, entre regras, fluxos, possibilidades e tempos da regulação governamental; de outro, entre urgências, necessidades, aflições e tempos dos usuários; e ainda de seus próprios tempos, relacionados aos requisitos técnicos e éticos que norteiam sua prática. Quanto aos usuários, seu agir leigo é mobilizado por diversos elementos, tais como: o próprio adoecimento, a dor, o sofrimento e o sentimento de fragilidade humana (Cecílio; Carapineiro; Andreazza, 2014).

Os usuários protagonizam e produzem acontecimentos no seu processo de cuidado, cujo nomadismo de produção de sua vida possibilita circular em territórios por vezes imperceptíveis para trabalhadores de saúde e gestores (MERHY et al., 2014). Reconhecer que os usuários disputam sentidos e "fabricam brechas", participando ativamente da regulação, é interessante, visto que alguns gestores e trabalhadores têm dificuldade de reconhecer os usuários como produtores ativos. Alguns usuários fabricam possibilidades de acesso e não se subordinam à lógica de uma única porta de entrada, pois percebem os serviços como "produtores de barreiras" e não como "produtores de acesso". Decerto, eles não deixarão de fabricar possibilidades alternativas de vínculo, enquanto os serviços fabricarem propostas de peregrinação numa rede "analógica" (Cecílio, 2012; Bertussi et al., 2016).

Bertussi et al. (2016) defendem que "rede" e "cuidado compartilhado" são produções, e que a regulação só passa a fazer sentido em defesa da vida se for trabalhada para produzir conexões, necessariamente atrelada à produção de cuidado. Slomp-Júnior et al. (2016) problematizam até que ponto a Atenção Básica ser designada como responsável pela coordenação do cuidado não seria apenas uma escolha instrumental, e questionam se seria possível pensar numa coordenação compartilhada, construída com os trabalhadores de diversos pontos da rede e com a necessária participação do usuário.

O desconhecimento dos fluxos de atendimento (formais) por parte dos usuários corrobora um trânsito inadequado entre os serviços, aspectos estes ocasionados pela dificuldade das equipes da APS de acolher a demanda espontânea, pelas práticas de acolhimento limitadas e pela desarticulação entre APS e as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) (Baratieri et al., 2017). As trajetórias dos

usuários configuram verdadeira peregrinação devido à desorganização e falta de acesso à retaguarda diagnóstica e terapêutica, que muito se beneficiariam se houvessem fluxos instituídos de modo transparente, com garantia de acesso oportuno (Giovanella, 2018).

Foram identificadas outras situações problemáticas, como, por exemplo, encaminhamentos sem responsabilização (Uchôa *et al.*, 2016); mecanismos de compartilhamento de informações clínicas pós-consulta com especialistas limitados a guias de encaminhamento, laudos de exames e relato verbal do próprio usuário; acesso racionado pela oferta; problemas com a continuidade informacional entre os distintos níveis de atenção; e fragilidade na organização do processo de trabalho das equipes da ESF, produzindo desconfiança dos usuários diante de ações desarticuladas (Santos; Giovanella, 2016a).

Nesse panorama de desafios que colocam em cheque a capacidade das equipes de promover um cuidado contínuo, integral e de qualidade, os estudos apontam que podem ser utilizados instrumentos e/ou mecanismos pró-coordenação, seja no nível macro, envolvendo mecanismos regulatórios; no nível meso, a exemplo da implementação de diretrizes clínicas e da criação de funções gerenciais compartilhadas, como comitês de gestão, com definição e monitoramento de fluxos; ou no nível micro, com a proposição de sistema integrado de informações gerenciais, clínicas e administrativas, de iniciativas de educação permanente e de valorização profissional (Giovanella, 2014; Aleluia *et al.*, 2017).

Considerando que a regulação do acesso e demais serviços disponíveis na RAS, temos duas dimensões complementares e interligadas relacionadas aos mecanismos regulatórios: tanto o processo microrregulatório interno, relativos ao acesso a atendimentos na própria unidade de saúde e à construção de espaços compartilhados, quanto o processo microrregulatório externo, de acesso aos demais pontos da rede, envolvendo sujeitos de diversos serviços. Ambos implicam mecanismos eficazes de comunicação e reflexão contínua sobre os problemas do cotidiano, possibilitando um trabalho mais cooperativo, que leva em consideração distintos pontos de vista (Albieri; Cecílio, 2015; Oliveira *et al.*, 2016).

Merhy *et al.* (2014), ao falar sobre a lógica reproduzida na maioria dos serviços de saúde, que é baseada em profissões, procedimentos e protocolos, burocracia organizacional, aponta que o olhar ao outro é previsível, e essa previsibilidade produz certa invisibilidade da produção da multiplicidade de vidas.

Ressalta-se que, para cada caso de agravo que hoje necessita da regulação do complexo regulador, há fluxos assistenciais próprios de se operacionalizar. Isso é influenciado por vários fatores, tais como oferta, capacidade instalada, serviços regionais pactuados, barreiras de acesso, dentre outros.

4.3 Complexidades, redes e políticas públicas: arranjos institucionais necessários para saúde

Para o homem, o elemento 'saúde' tem um significado vital na forma de compreender e dar sentido à sua existência. As necessidades de saúde movem o homem a significar e organizar práticas de cuidado que atendam às suas demandas, fomentando a construção de sistemas organizados de saúde. Tais sistemas são entendidos como respostas sociais organizadas às condições de saúde de uma população, e fazem parte da dinâmica social, podendo influenciá-la ou ser influenciados por ela (Giovanella *et al.*, 2012).

Apesar do reconhecimento recente das ciências da saúde no que se refere a pensar em sistemas como uma real representação da dinâmica social, o fato é que, epistemologicamente, esse pensamento é decorrente de uma dimensão mais ampla e de um movimento contemporâneo que permite observar os fenômenos sob uma abordagem multiplural e/ou global e, ao mesmo tempo, singular, permitindo a inter-relação e a integração de assuntos que são, na maioria das vezes, de naturezas completamente diferentes.

Muitas são as variedades de significados e transconceitos que se elencam em torno das teorias dos sistemas e do conceito de complexidade. Seus elementos se constituem de forma interdisciplinar (biologia, cibernética, física, química, economia, ciências sociais) e têm caráter anti-reducionista do postulado da era do cientificismo.

Como início, caracterizaremos alguns termos referentes ao âmbito da teoria dos sistemas e da complexidade, tais como: ordem e desordem, não-linearidade, emergência, auto-organização e autopoiese. A compreensão da noção de 'desordem' depende do entendimento do conceito de 'ordem', o qual se configura em estruturas simétricas que, por sua vez, são definidas como a invariância sob um conjunto de operações ou transformações. A principal característica de um sistema ordenado é a sua previsibilidade, seja espacial ou temporal.

Já, o conceito de desordem é caracterizado pela ausência de invariância, isto é, '[...] pela ausência de transformações (não triviais) que não teriam qualquer efeito distinguível sobre o sistema" (Palazzo, 1999, p. 1). Ou seja, para a formação de um sistema complexo, são necessárias duas ou mais partes ou dois ou mais componentes distintos, desordenados e interconectados, formando uma estrutura estável.

Os termos "não-linearidade", "emergência" e "auto-organização" estão relacionados às teorias do estado de equilíbrio termodinâmico, que se referem a: a) não-linearidade – o contrário de linear; por exemplo, os sistemas caóticos são equações diferenciais ordinárias, não-lineares e acopladas, com grande sensibilidade às condições iniciais; b) emergência – as propriedades que emergem no nível macroscópico não podem ser previstas a partir das propriedades dos componentes microscópicos; e c) auto-organização – sistemas abertos que podem se organizar espontaneamente quando sujeitos a um dado gradiente (Varela, 2011).

Outro importante termo envolvido na teoria sistêmica e no conceito de complexidade é autopoiesis. Utilizado pela primeira vez nas ciências biológicas, foi desenvolvido para definir os seres vivos como sistemas que produzem continuamente a si mesmos. O termo autopoiesis refere-se ao centro da dinâmica dos seres vivos, que, para se operacionalizarem de modo autônomo, precisam recorrer a recursos do meio ambiente (Maturana; Verden-Zoller, 2009).

Tal conceito transcende o campo das ciências biológicas, sendo mobilizado no campo das ciências sociais. Foi utilizado originalmente por Niklas Luhmann, conhecido por considerar a sociedade como um sistema, observada por meio da distinção sistema/meio (Mathis, 2008). O autor alicerça seu pensamento na teoria geral dos sistemas e aponta como discussão central a substituição do conceito de sistema aberto-fechado pelo conceito de autopoiesis. Luhmann amplia o conceito de autopoiese para todos os sistemas em que se pode observar um modo de operação específico e exclusivo, o qual, para ele, é denominado de sistemas sociais e sistemas psíquicos. Embora o autor considere o meio um fator importante para a auto-reprodução dos sistemas (autopoiesis), ele não reconhece que os sistemas possam operar fora de suas próprias fronteiras.

As operações básicas dos sistemas sociais são comunicações e as operações básicas dos sistemas psíquicos são pensamentos. As comunicações nos sistemas sociais se reproduzem por meio de comunicações, e os pensamentos se

reproduzem por meio de pensamentos. Fora dos sistemas sociais, não há comunicação, e fora dos sistemas psíquicos, não há pensamento. Ambos os sistemas operam de forma fechada, no sentido de que as operações que produzem os novos elementos do sistema dependem das operações anteriores do mesmo sistema e são, ao mesmo tempo, condições para futuras operações. Esse fechamento é a base da autonomia do sistema (Mathis, 2008, p. 4).

Tal consideração se desvia do pensamento complexo, conforme conceituado por Edgar Morin, que, ao contrário do horizonte luhmanniano, reconhece a necessidade de energia nova para que todo sistema sobreviva. Portanto, os sistemas autônomos dependem do meio (sistema aberto-fechado). Para Morin, qualquer sistema que tenha a capacidade de auto-organização, ou seja, um sistema vivo, poderia combinar uma grande quantidade de componentes, sejam moléculas num organismo celular, sejam células em um organismo.

Os pensamentos de Morin representam um contraponto ao pensamento científico, fundamentado, segundo o autor, pela “ordem”, pela “separabilidade” e pela “razão” – os legados do cientificismo. Para Morin, a consciência da complexidade nos faz compreender que a totalidade não é uma verdade, e a incerteza é inevitável. O autor propõe uma dialógica de questões antagônicas, como o global e o parcial, o uno e o múltiplo, a autonomia e a interdependência, o equilíbrio e o desequilíbrio, o certo e o incerto, a ordem e a desordem, o descontínuo e o contínuo, o indivíduo e a sociedade, o separado e o inseparado (Morin; Le Moigne, 2000).

Em síntese, o pensamento complexo é organizado como um edifício distribuído em sete princípios metodológicos. A base do edifício é formada por três teorias: a teoria da informação, a cibernética e a teoria dos sistemas, comportando as ferramentas para a teoria da organização (alguns conceitos foram abordados no trecho acima). Em seguida, vem o segundo andar, com as ideias de Von Neumann, Von Foerster e Prigogine sobre a auto-organização. Neste último, adicionam-se mais três princípios: o princípio dialógico (juntar coisas que estavam separadas), o princípio de recursão (fazer circular a causa e o efeito, e o efeito sobre a causa) e o princípio hologramático (o todo é maior que a soma das partes) (Santos; Hammerschmidt, 2012)

Dando continuidade à breve revisão de conceitos e tendências que vêm se apresentando nas organizações da sociedade contemporânea, destaca-se também o termo “redes”.

As redes se expressam como um manto organizativo e funcional em vários campos disciplinares, tendo a complexidade de forma imperceptível. Segundo Castells, “nenhum outro esquema – cadeia, pirâmide, árvore, círculo, eixo – consegue conter uma verdadeira diversidade funcionando como um todo” (Castells, 1999, p. 85). O autor apresenta ainda a concepção associada de uma “sociedade em rede”, que corresponde à nova estrutura social da “era da informação”, a qual tem questionado as bases sobre as quais a “era industrial” foi formada e se desenvolveu.

Para Acioli, os fundamentos do conceito de redes têm como base os campos da sociologia, antropologia, informação e comunicação, que expressam um panorama histórico de como a sociedade articulou e apreendeu a noção de redes ao longo dos anos (Acioli, 2007).

No entanto, se, por um lado, as teorias embasam e apontam para um novo paradigma que está sendo anunciado, por outro lado, no campo da práxis, muitos conflitos e crises se estabelecem na estrutura social.

A globalização, a revolução tecnológica e o excesso de informação predispõem o surgimento de uma nova forma de desenvolvimento social, atingindo todos os âmbitos das relações entre pessoas, das relações de produção e das relações de poder (Ferreira, 2012).

No âmbito das relações de poder, o autor Castells destaca tensionamentos na relação Estado-sociedade no cenário descrito, apresentando uma ausência de legitimidade do Estado perante a sociedade, decorrente principalmente das atenções do Estado em se inserir no cenário global, deixando desassistido o cenário localregional (Castells, 1999)

Assim, frente ao conjunto de teorias e conceitos apresentados, percebemos que todas essas perspectivas convocam o início de uma era de interações, de acasos, de incertezas, de caminhos “trans-furcados”, do indissociável, das interconexões, da valorização das emergências, dos fenômenos, dos acontecimentos e dos sentidos, os quais repercutem no movimento dos sujeitos individuais e institucionais na organização em rede.

É possível perceber um movimento transformador de quebra de paradigmas, contrapondo-se ao classicismo científico, configurando-se como uma contracorrente à fragmentação, à compartimentalização e ao reducionismo dos fenômenos da vida.

Ressalta-se que essas novas tendências, transconceitos e pensamentos conformam os contextos e cenários nos quais a sociedade contemporânea se constitui, perpassando todas as perspectivas da dinâmica social e influenciando diretamente a raiz da configuração dos modelos de organização social.

Dessa forma, se a dinâmica social tem sido diretamente influenciada por todas essas novas perspectivas da sociedade contemporânea, é óbvio que as formas pelas quais as políticas de Estado se organizam também têm se transformado para alcançar o movimento vivo e dinâmico de como as pessoas têm se movimentado e conduzido suas escolhas, uma vez que tais políticas estatais se constituem como respostas às demandas sociais

5 PERSPECTIVA TEÓRICA-METODOLÓGICA DA PESQUISA

5.1 Pesquisa qualitativa em saúde

Este estudo é enraizado sob solos epistemológicos da pesquisa qualitativa, pautado pela essência do problema a ser investigado, uma vez que temos como interesse as experiências e processos de significações de sujeitos historicamente situados.

As pesquisas qualitativas se afiliam ao paradigma interpretativo. Dependendo do arcabouço teórico-metodológico de que a interpretação lança mão, a pesquisa não evidenciará novos e incontáveis paradigmas, mas sua filiação a uma tradição (Bosi; Gastaldo, 2021)

Tradicionalmente, a pesquisa qualitativa se debruça sobre estudos das percepções, significados e opiniões dos seres humanos, privilegiados estudos nos cenários naturais de tais fenômenos (Stake, 2011). Dessa forma, lançaremos ao encontro em compreender as teorias, perspectivas e abordagens predispostos neste estudo investigado.

Para Minayo (2013), pesquisas com interesse em seres humanos em sociedade, nas relações e instituições, na história e nas suas produções simbólicas compreendem enquanto pesquisa social. A pesquisa social é uma metodologia que permite a obtenção de novos conhecimentos do campo da realidade social (Deluchey, 2012). Sua utilização origina-se nas ciências sociais, representando um corte espaço-temporal de uma realidade social inserida em um roteiro muito mais amplo.

Uma das abordagens mais férteis e de grande importância para a pesquisa social contemporânea vem da perspectiva teórica chamada “*construtivista*”. No construtivismo social, os indivíduos buscam entender o mundo em que vivem e trabalham, desenvolvendo significados subjetivos de suas experiências, e os pesquisadores interpretam os significados que os outros têm sobre o mundo, baseando-se em seus conhecimentos anteriores (Creswell, 2014; Patton, 1987).

Uma das principais correntes de pensamento que inaugura essa abordagem é a *sociologia compreensiva* de Max Weber, influenciada pela filosofia de Dilthey, também conhecida como interpretativista. Ela se destaca principalmente na construção do conhecimento da realidade social, representando uma nova forma de posicionamento antipositivista, propondo a subjetividade como fundante de sentidos

e defendendo-a como constitutiva social e inerente ao entendimento objetivo (Minayo, 2013).

Segundo Nunes (1999), a sociologia compreensiva é uma ciência que busca compreender a ação social, considerando o indivíduo e suas ações como ponto chave da investigação, evidenciando o que para ele era o ponto de partida da sociologia, ou seja, a compreensão e a percepção do sentido que o ator atribui a sua conduta.

Minayo (2013) aponta que a partir da filosofia compreensiva, vários tipos de abordagens se desenvolveram, das quais a autora discorre sobre a fenomenologia sociológica, etnometodologia, interacionismo simbólico, histórias de vida e os estudos de caso.

5.2 Pesquisa avaliativa em saúde

A pesquisa avaliativa, embora se diferencie de uma pesquisa tradicional, pois esta prescinde do juízo de valor inerente ao procedimento avaliativo, baseia-se, entretanto, em investigação empírica, sendo, assim, uma prática sistemática que exige os mesmos cuidados, o mesmo rigor epistemológico e metodológico da prática científica usual, o que impõe claras demarcações. No que tange ao enfoque qualitativo-participativo, existem três demarcações conceituais que são exatamente os termos com que se nomeia essa prática, quando se fala da avaliação: “o que é avaliar?”, “o que é qualitativo?” e “o que é participativo?”.

Quanto ao primeiro termo/conceito - pesquisa avaliativa - a partir dos anos noventa há uma reconfiguração do processo avaliativo e entendimento nesse sentido da quarta geração, de que a avaliação só se justifica se visa a uma transformação, evidentemente, para melhor e, portanto, transita de um caráter punitivo, para um caráter propositivo.

Para tanto, nessa pesquisa avaliativa, visar-se-á a construção de um processo de negociação, envolvendo todos os segmentos implicados, identificando-se as múltiplas construções no entorno do objeto avaliado. Há uma necessidade dialógica de inclusão de atores envolvidos nos vários níveis, visando à construção de agendas, com uma passagem para negociação dos pontos identificados como obstáculos e dos pontos promotores, para que se possa, em processos contínuos de

reaproximações sucessivas (monitoramento e avaliação), reconfigurar o programa a partir de aspectos ainda não contemplados (Bosi; Pontes; Vasconcelos, 2010).

A proposta dessa pesquisa avaliativa é caminhar no sentido de construção dessa agenda, clarificando os consensos e apontando dissensos, de modo a oferecer subsídios para trabalhá-los.

A metodologia também é plural, já que uma avaliação de qualidade tem que necessariamente abordar aspectos formais de quantidade, além de centrar nos processos sociais dentro de relações que, ao fim, estão envolvidos no programa. Isso se dá uma vez que são ações e relações entre grupos e pessoas, um verdadeiro espaço da avaliação qualitativa.

Há que se ter uma complementaridade, uma integração entre diferentes perspectivas, sem que perca a clareza de que de estar em campos distintos.

O material construído com base na relação dialógica estabelecida ao longo do processo avaliativo impõe a necessidade de devolução desse material, com a finalidade de construir novos processos, enfim, outras práticas, mais condizentes com as expectativas dos participantes. Isso porque optar pela pesquisa qualitativa implica várias rupturas que se fazem no plano epistemológico e metodológico e, também, político-institucional. Implica em romper com o paradigma normativo - positivista ou formal – preponderantemente no setor saúde, que precisa ser superado para que se possa efetivamente adentrar o plano qualitativo / participativo.

A consideração da avaliação como um processo que inevitavelmente recorrerá ao julgamento de valor significa um avanço ao lidar com este importante e inevitável componente do processo avaliativo.

Afinal, mesmo que se lance mão de métodos quantitativos – pretensamente mais objetivos – os resultados da mensuração efetuada serão sempre julgados a partir de méritos e valores impossíveis de serem objetivados. O julgamento se dará, na verdade, a partir da confrontação entre o objeto da avaliação e um referencial que poderá ser os objetivos iniciais do projeto, as normas profissionais, o desempenho de um programa similar ou outros referenciais não explicitados por diferentes motivos.

De qualquer forma, as normas e critérios a serem utilizados para conferir um julgamento ao final da avaliação serão influenciados pelos grupos que o definem, sejam usuários, profissionais ou gerentes, entre outros.

Torna-se necessário, no processo avaliativo, a inclusão de diferentes e eventualmente divergentes julgamentos, a serem realizados a partir dos distintos

pontos de vista dos grupos envolvidos com um programa ou serviço, o que justificará a inclusão de representantes de diferentes grupos de interesse no processo.

Assim, a pesquisa avaliativa é caracterizada por quatro tendências de geração: 1ª Geração – representada pela mensuração e estaria atrelada a avaliação do desempenho; 2ª Geração (1940 a 1960) – caracterizada pela identificação e descrição de como os programas atingem os resultados, nasce a chamada avaliação de programas; 3ª geração (1960 a 1990) – caracterizada pelo julgamento baseando-se em referenciais externos; 4ª Geração (a partir de 1990) – seria uma alternativa aos referenciais anteriores, tendo como base uma avaliação inclusiva e participativa. É também denominada como construtivista.

5.3 Procedimento técnico-metodológico na construção das informações

5.3.1 Campo de pesquisa e período do estudo

Este estudo teve como limites observáveis as três (3) regiões de saúde: Superintendência regional de Fortaleza (SRFOR); Superintendência Regional Norte (SRNOR); e Superintendência Regional Sul (SRSUL). A escolha foi baseada nas regiões que implantaram as centrais de regulação descentralizadas.

Ressalta-se que o campo observacional também se constituiu enquanto dado de pesquisa, uma vez o território representa uma fotografia das relações sociais e institucionais ali presentes. Dessa forma, apresento abaixo a caracterização da capacidade instalada no que refere a atenção hospitalar das regiões de saúde.

Região de Saúde Norte

A Rede hospitalar da Região Norte é composta por 53 unidades hospitalares, das quais são: 38 Hospitais de Pequeno Porte (HPP); 12 Hospitais Médio Porte, dentre eles oito (8) são Polo; e três (3) Hospitais de Grande Porte.

Os hospitais que atendem as referências da região nas clínicas são cirúrgica geral, médica obstetrícia e pediatria. No que se refere à trauma-ortopedia, têm-se como referência Sobral, Crateús, Camocim, Tianguá e Ipu.

No total, a SRNOR dispõem de 3.046 leitos SUS (registrados no CNES), o que representa 97,65% do total de leitos existentes na região. Quanto aos leitos de UTI, estes estão descentralizados em cinco hospitais de referências, conforme Tabela 1 abaixo.

Tabela 1 – Distribuição de leitos de UTI na região de saúde Norte, 2023.

ESTABELECIMENTO	UCINCA	UCINCO	UTINEO	UTIPED	UTIADULTO
Hospital São Lucas CREATÚS	10	10	10	-	10
Hospital e maternidade Madalena Nunes Tianguá	5	10	10	-	10
Santa Casa de Misericórdia de Sobral	7	15	15	10	30
Hospital Regional Norte	9	30	10	10	54
Hospital do Coração de Sobral (Unidade Coronariana)	-	-	-	-	10
TOTAL	31	65	45	20	104

Fonte: Criado pela autora baseado no Plano de Saúde Regional – Região Norte (2023).

Região do Cariri

A região conta com 13 hospitais polo, sendo: seis (6) de porte IV (acima de 100 leitos com no mínimo 50 leitos especializados em se tratando de hospital especializado) e sete (7) de porte III (acima de 50 leitos com mínimo 30 leitos especializados em se tratando de hospital especializado); 12 estratégicos (1º nível de referência regional dispendo de acima de 30 leitos com atendimento médico 24 horas, entre outras habilitações); e 27 HPP (entre 10 a 30 leitos, com atendimento médico 24 horas, entre outros serviços).

No entanto, recebem recursos da política de HPP apenas os dos municípios de Barro, Caririaçu, Catarina, Granjeiro, Irapuan Pinheiro, Nova Olinda, Penaforte, Piquet Carneiro, Porteiras, Salitre e Umari. As clínicas pactuadas são clínica médica, obstétrica, pediátrica, cirúrgica, traumato-ortopédica, neonatal, saúde mental, anestesiológica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto.

Ao analisarmos a quantidade de leitos hospitalares, a RSSUL apresenta leitos suficientes com relação aos setores de Obstetrícia, Pediatria, Clínica, Psiquiatria e Isolamento, mas déficits nos setores de Neonatologia e Clínica-cirúrgica. No entanto, a rotina no âmbito da Central de Regulação sinaliza a necessidade de maior

resolutividade desses leitos, tanto de enfermarias como de UTI, conforme Tabela 2 abaixo.

Tabela 2 – Distribuição de leitos de UTI na região de saúde Sul, 2023.

TIPO DE LEITO	ESTIMATIVA DE NECESSIDADE DE LEITOS SUS	Nº DE LEITOS SUS 12/2018	DIFERENÇA ATUAL DA NECESSIDADE 2019	Nº LEITO SUS 2022	DIFERENÇA ATUAL DA NECESSIDADE
Obstetrícia	214	437	238	472	-
Neonatologia	68	0	-68	30	-38
Pediátrico	313	555	241	482	-
Clínico	920	1.090	176	1.018	-
Cirúrgico	1.147	566	-584	430	-717
Psiquiátrico	45	15	-30	46	
Isolamento		22			
TOTAL	2.606	2.685		2.478	

Fonte: Criado pela autora baseado no Plano de Saúde Regional – Região Cariri (2023).

Região de Fortaleza

A região de saúde de fortaleza concentra seis (6) hospitais de nível terciário que oferecem tais serviços especializados, a saber: Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Geral Dr. César Cals (HGCC), Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), Hospital de Messejana Dr. Alberto Studart Gomes (HM) e Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto (HSMM) (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição de leitos de UTI na região de saúde de Fortaleza, 2023.

ESTABELECIMENTO	LEITOS
Hospital de Messejana Dr. Alberto Studart Gomes	437
Hospital São José	108
Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto	<i>Não consta no documento</i>
Hospital Geral Dr. César Cals	297
Hospital Geral de Fortaleza	541
TOTAL	1.383

Fonte: Criado pela autora baseado no Plano de Saúde Regional – Região de Fortaleza (2023).

Para a construção das informações foram realizadas quatro ciclos de coleta de entrevistas (campo): 1º ciclo de coleta de informações – CORAC SESA; 2º ciclo de coleta de informações – município de Sobral (superintendência regional; Hospital regional Norte; centro regulação regional); 3º ciclo de coleta de informação – município de Sobral (oficina de planejamento regional); e 4º ciclo de coleta de informação – município de Juazeiro do Norte (superintendência regional; centro regulação regional). Detalhado no Quadro 2.

Quadro 2 – Ciclo de coleta das informações (entrevistas).

CICLO	LOCAL	MUNICIPIO
1º	<ul style="list-style-type: none"> Central de regulação nível central - CORAC SESA 	<ul style="list-style-type: none"> Fortaleza
2º	<ul style="list-style-type: none"> Central de regulação da Superintendência Regional Norte Hospital Regional Norte 	<ul style="list-style-type: none"> Sobral
3º	<ul style="list-style-type: none"> Oficina de Planejamento regional Central de regulação municipal 	<ul style="list-style-type: none"> Sobral
4º	<ul style="list-style-type: none"> Central de Regulação da Superintendência Regional Sul Hospital Regional do Cariri Central de regulação municipal 	<ul style="list-style-type: none"> Juazeiro do Norte

Fonte: Elaboração própria (2024).

Ressalta-se que as entrevistas do município de Juazeiro do Norte foram realizadas *online*, gravadas pela plataforma @GoogleMeet, e, em seguida, transcritas e analisadas.

5.3.2 Sujeitos e a estratégia de amostragem intencional

Para as informações qualitativas, foram realizadas entrevistas com os gestores de posições estratégica na SESA-CE, que implicam de forma direta e indireta no complexo regulador do Estado. Conforme Quadro 3, eles foram:

Quadro 3 – Sujeitos Estratégicos para a coleta de informações qualitativa.

Áreas	Sujeitos estratégicos
Regulação	<ul style="list-style-type: none"> Secretaria Executiva de Vigilância e Regulação em Saúde Coordenador da Regulação e Controle do Sistema de Saúde Coordenador do Núcleo de atendimento ao cliente (NAC) Hospital Regional do Cariri Coordenador do Núcleo de Atendimento ao cliente (NAC) Hospital Regional Norte
Regionalização	<ul style="list-style-type: none"> Secretária Executiva de desenvolvimento Regional de Saúde Gestor da Coordenação e Regulação e controle do Sistema de Saúde Gestor da Regulação SRS do Cariri Gestor da Regulação SRS Norte

Fonte: Elaboração própria (2024).

No total, foram realizadas 10 entrevistas, agendada previamente, realizadas por telefone, de acordo com a disponibilidade do gestor e pesquisador.

Ressalta-se que não foram realizadas as entrevistas com os gestores do Hospital Regional do Sertão Central e Gestor da Regulação SRS do Sertão Central.

Ademais, algumas entrevistas foram alcançadas por indicação de informantes-chaves que sinalizaram aos gestores/gerentes que acumulavam experiência e implicação ao tema do objeto analisado.

Concordamos com o Creswell (2014, p. 123) quando diz que:

Um estudo narrativo é preciso encontrar um ou mais indivíduos para estudar, indivíduos esses que sejam acessíveis, dispostos a dar informações peculiares quanto às suas relações ou aos seus costumes, ou que lancem luz sobre um fenômeno específico ou questão a ser explorada.

Além das entrevistas (fontes primárias), foram utilizadas fontes secundárias com o objetivo de compreender o contexto que os sujeitos (narrativas) estavam inseridos. Analisaram-se os dados (fontes secundárias) que se caracterizam a estrutura e processos acerca da regulação do acesso em leitos hospitalares regionais, disponíveis no IntegraSUS, Sistema de informação Ambulatorial (SIA) e Hospitalar (SIH) do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), bem como documentos institucionais sobre o processo de regionalização da regulação da atenção no Ceará.

5.3.3 Construção da informação

Para a construção da informação, foi constituída uma tessitura a partir do material empírico e documental.

Para captação das narrativas, foi utilizada a técnica de “entrevista em profundidade individual”. Durante as entrevistas, os gestores foram convidados a explorar as dinâmicas das organizações, as inter-relações entre implementação dos processos regulatórios da saúde, tendo como contexto sua perspectiva política e histórica situada, respondendo ao “como” e ao “porquê” dos acontecimentos em torno do objeto de análise.

Na entrevista aberta ou em profundidade, o informante é convidado a falar livremente sobre um tema, e as perguntas do investigador, quando são feitas, buscam dar mais profundidade às reflexões. Essa técnica é utilizada quando o pesquisador deseja obter o maior número possível de informações sobre determinado tema,

segundo a visão do entrevistado, e para obter um maior detalhamento do assunto em questão. Ela é empregada geralmente na descrição de casos individuais, na compreensão de especificidades culturais para determinados grupos e para comparabilidade de diversos casos (Minayo, 2013; Quaresma *apud* Minayo, 2007).

Foi utilizado um roteiro para servir como trilha de alguns pontos que poderiam elucidar o objeto de análise para a captura das narrativas (Apêndice B). Utilizou-se o suporte da tecnologia por meio da gravação de áudio das falas dos entrevistados, com o objetivo de captar literalmente os elementos contextuais, para além dos textuais

Os dados secundários foram utilizados para caracterizar o número e localização leitos hospitalares regionais, bem como para identificar os fluxos de regulação entre regiões e a regulação de nível central. Entretanto, ressalta-se que os dados quantitativos são para elucidar a interpretação das unidades de significados.

A análise documental também foi utilizada para compor um arquivo de documentos com elementos da base legal e normativa da regionalização da saúde no Ceará. Esse arquivo incluiu atas, relatórios técnicos e outros documentos relevantes. Todos os documentos foram extraídos do relatório de pesquisa “Modelo de Governança, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará: Contexto, Condicionantes, Implementação e Resultados”, aprovado nas quatro etapas do Edital 03/2012 do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS Rede – Ministério da Saúde/CNPq/Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa - FUNCAP/Secretaria da Saúde do Estado do Ceará). O projeto foi financiado pela FUNCAP e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o parecer nº 137.055.

A perspectiva de constituição desses arquivos de documentos foi a de buscar “[...] relações internas entre esses documentos, fazendo emergir acontecimentos particulares a esse arquivo. Portanto, os documentos são tratados como discursos que obedecem a regras de formação próprias de sua época e de seu domínio, como um acontecimento em relação a outros acontecimentos históricos” (Baptista; Borges; Matta, 201, p. 159).

5.3.4 Tratamento e análise da informação

Para a organização das informações, utilizou-se a *análise temática* como referencial teórico-metodológico, conforme a estrutura de Minayo (2015). Essa abordagem se caracteriza por ser um processo ativo de reflexividade, em que a experiência subjetiva do sujeito-pesquisador está no centro da compreensão das informações. Consiste em buscar núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência² signifique algo para o objeto analisado.

A análise foi organizada seguindo as três etapas apontada por Minayo: 1) Primeira etapa – pré-análise, 2) Segunda etapa - Exploração do material, 3) Terceira etapa – Interpretação.

Na primeira etapa, foi realizada uma *leitura flutuante* de todo o material analisado (texto das entrevistas, documentos institucionais, indicadores de regulação do acesso), com o intuito de impregnar-se pelo seu conteúdo, permanecendo aberto para retomada das hipóteses iniciais e atento a possíveis hipóteses emergentes. Isso permite a possibilidade de correção de rumos interpretativos ou abertura para novas indagações. “*A dinâmica entre hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema, tornarão a leitura progressivamente mais sugestiva e capaz de ultrapassar à sensação de caos inicial*” (Minayo, p. 316, 2013).

Após a análise do material, respeitando-se algumas normas de validade qualitativa³ - *exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência* –, o texto foi demarcado em diversas unidades de registro, e, em seguida delimitou-se o contexto de compreensão das unidades de contexto, o que tornou mais perceptíveis as unidades de significados desveladas.

²Embora, a análise temática mantém sua perspectiva alicerçada na significação da regularidade, como técnica ela transpira as raízes positivista da análise de conteúdo tradicional, não se pretende aqui investir em inferências estatísticas entre as unidades de significado, e sim, nas significações que se liberta naturalmente de um texto analisado.

³Exaustividade – que o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro; Representatividade – que ele contenha as características essenciais do universo pretendido; Homogeneidade – que obedeça a critérios preciosos de escolha quanto aos temas tratados, às técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores; pertinência – que o material analisado seja adequado para dar respostas aos objetivos do trabalho (Minayo, 2013)

Na etapa exploratória, o núcleo de compreensão do texto ficou mais claro, sendo definidas as categorias⁴, nas quais se evidenciaram expressões ou palavras significativas que evocava um conteúdo de fala organizado.

Ressalta-se que a utilização do material documental da pesquisa do PPSUS culminou em uma categoria de análise relevante aos objetivos desta pesquisa, conforme apresentada no Quadro 4.

Quadro 4 – Categorias e unidades de contexto analisados.

CATEGORIA	UNIDADES DE CONTEXTO
CONTEXTO HISTÓRICO DA REGIONALIZAÇÃO NO CEARÁ	NOAS Pacto Pela Saúde; PDR Regionalização atual
NOVO MODELO DA REGULAÇÃO REGIONALIZADA	Descentralização das Centrais de regulação
	Prioridade política
	Novo fluxo regulatório
	Governança
AMPLIAÇÃO DA OFERTA	Expansão da oferta
	Sustentabilidade financeira
	Acesso potencial e realizado
	Resolubilidade
SISTEMA LOGÍSTICO DE APOIO	Rotina de trabalho
	Sistema operacional – FASTMED
	Comunicação
	Transporte (SAMU)

Fonte: Elaboração própria (2024)

5.4 Aspectos éticos

Foram adotadas as condutas éticas pautadas na resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), nº 466/12, que trata de pesquisas e testes em seres humanos, garantindo que os participantes e/ou representantes deles, sejam esclarecidos sobre procedimentos adotados durante toda a pesquisa e sobre os possíveis riscos e benefícios. Ainda, como complemento, usamos a resolução nº 510/16, no sentido de obter o consentimento informado, garantindo o anonimato e a privacidade dos informantes. O estudo foi aprovado pelo comitê da Universidade Federal do Ceará (UFC) com parecer 5.380.178.

⁴Categorias – consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões de significados (Minayo, 2013).

Foi assegurado que, na gravação e posterior divulgação, não haverá identificação das pessoas. Foram registradas, apenas, as falas para posterior transcrição codificada, com todas as garantias éticas da pesquisa avaliativa.

Em relação aos dados secundários, foram consideradas as especificidades éticas da pesquisa com banco de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual.

Os possíveis riscos são mínimos aos sujeitos de pesquisa, tais como modificação nas emoções e stress ao expor fragilidade do serviço, possibilidade de constrangimento e/ou desconforto com algum questionamento.

Os benefícios para a sociedade, investigados e para o serviço são: a garantia que os resultados sejam apresentados ao gestor da unidade local do serviço; obtenção de informações relevantes para aumentar a resolutividade e eficiência nos serviços ofertados na unidade; e melhoraria da assistência dos pacientes, seja na assistência direta e indireta.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A exploração e análise do material obtido por meio das entrevistas em profundidade realizadas com os gestores regionais, participantes da pesquisa como informantes-chave, possibilitaram a construção de quatro categorias analíticas que orientaram a discussão aqui empreendida:

I – “A regionalização do Ceará: contexto histórico-institucional”;

II – “Centrais de regulação regionalizada: o caminho para o acesso nas regiões de saúde?”;

III – “Expansão do acesso potencial e realizado da atenção hospitalar nas regiões de saúde do Ceará”;

IV – “O impacto dos sistemas logísticos e apoio nas Centrais de Regulação Regionalizadas: O que é necessário para a regulação do acesso regional acontecer?”.

6.1 A regionalização do Ceará: contexto histórico-institucional

A organização deste capítulo foi elaborada a partir de fontes documentais, especialmente do relatório técnico de pesquisa do PPP-SUS intitulado “Modelo de governança, regionalização e redes de atenção à saúde no estado do Ceará: contexto, condicionantes, implementação e resultados”⁵, pesquisa colaborativa realizada pela Universidade Federal do Ceará e a Secretaria Estadual de Saúde, com nossa participação na equipe de pesquisadores.

Ressalta-se que este foi a minha primeira aproximação inicial junto ao domínio temático da regionalização da saúde do Ceará, possibilitando a captura e a análise de seu processo histórico-institucional e me fazendo refletir sobre a potência da organização do acesso a partir da regionalização. Esse caminhar não foi somente meu, mas também de outros pesquisadores, vinculados à equipe do PPSUS, cujas

⁵Pesquisa “Modelo de Governança, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará: Contexto, Condicionantes, Implementação e Resultados”, aprovado nas quatro etapas do Edital 03/2012, do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS Rede–Ministério da Saúde/CNPq/Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP)/Secretaria da Saúde do Estado do Ceará). O projeto foi financiado pela FUNCAP e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, com o parecer de nº 137.055.

teses/dissertações perpassaram a pesquisa, como Goya (2017), Solon (2016), Almeida (2016).

A partir da fonte documental representada pela Pesquisa PPSUS referida, podemos dividir a política institucional e os processos de regionalização da saúde no Ceará em quatro etapas, quais sejam: I) A regionalização da saúde no estado do Ceará no período 1995- 2001; II) A regionalização da saúde no estado do Ceará no período 2001-2006: a NOAS; III) A regionalização da saúde no estado do Ceará no período 2006 -2011 - o Pacto Pela Saúde; IV) A regionalização da Saúde no estado do Ceará nos tempos atuais. Este último ampliado com o contexto histórico atualizado.

I) A regionalização da saúde no estado do Ceará no período 1995-2001

O processo de regionalização da saúde no Estado do Ceará teve como referência político-administrativa e cronológica relevante o ano de 1998. Em termos gerais, entre 1995 e 1998, tratou-se de uma regionalização de caráter eminentemente administrativa, com forte condução política e técnica centralizada na Secretaria de Planejamento do Estado, evidenciando um contexto de conflito e disputa político-administrativa interna à gestão estadual pela coordenação da regionalização.

“[...] esse primeiro tempo tínhamos uma grande dificuldade de compreensão do papel de cada um dos entes, o estado na região se fazendo representar com uma luta muito grande de tentar coordenar um processo, porque o próprio modelo de regionalização tinha uma obediência ao grupo estratégico de planejamento do governo do estado [...] nós não tínhamos oportunidade de estar trabalhando com os municípios na compreensão de que eles eram atores sociais, que tinham espaço para contribuir com esse processo [...]”

Neste contexto, as ações do governo estadual, no período anterior a 1998, foram marcadas principalmente pelo Plano de Desenvolvimento Sustentável (1995-1998), que explicitou a premissa do crescimento econômico com o desenvolvimento social, tendo como intenção promover a Reforma de Estado sob a justificativa de tornar a gestão pública mais eficiente. Adotou assim, algumas estratégias, como a reforma administrativa, o planejamento estratégico, a descentralização e a melhoria gerencial na prestação de serviços.

Em contrapartida, no âmbito nacional do setor Saúde, estava em pauta a política de municipalização das ações e serviços de saúde, impulsionada pela edição

das Normas Operacionais Básicas (NOB), fundamentais no sentido de orientar os eixos de organização do SUS.

“[...] tem algumas experiências que eu não chamaria nem de regionalização eu chamaria de descentralização ou desconcentração até porque é um processo natural de construção de um hospital numa cidade de maior porte interiorana”.

Compreende-se, assim, que o conflito explicitado no tocante à perspectiva da regionalização em curso no estado, foi construído em decorrência das influências do cenário nacional de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, acrescido do fato de que muitos militantes da Reforma Sanitária do Ceará estavam engajados ou na SESA ou em alguns municípios do estado. Tal tensionamento possibilitou a construção da regionalização em uma outra perspectiva: a de fortalecimento do protagonismo municipal.

O marco divisor dos dois períodos – antes e depois de 1998 – constituiu-se na elaboração do primeiro Plano de Regionalização, que teve como base orientadora as Diretrizes para Organização das Ações e Serviços de Saúde, aprovadas em 1988, pelo Conselho Estadual de Saúde (CESAU), ainda vigentes atualmente na política estadual de saúde. Como antecedentes, já a partir de 1997, a SESA passou a realizar estudos objetivando a operacionalização da regionalização no estado, através de uma série de consultorias nacionais e internacionais, apoiadas por um acordo de colaboração com o *Department for International Development* (DFID- UK) do Reino Unido. Neste particular, cabe destacar também a influência de consultores espanhóis e dos modos de organização do sistema de saúde desse país.

“[...] surgiu essa organização do Reino Unido com uma cooperação com o governo brasileiro. Eles queriam, de fato, estar cooperando para ver como é que se dava essa articulação interfederativa... apoiaram esse projeto que envolvia o Ministério da Saúde, o estado... eles selecionaram o Ceará ... eles escolheram, então, o estado do Ceará porque já tinha uma história de trabalhar com cooperação internacional... e não só em relação à questão do setor saúde, mas a interiorização de várias ações públicas de governo [...].

Um dos estudos desenvolvidos resultou no relatório de consultoria “O Desenvolvimento Institucional da Secretaria de Saúde do Ceará”. Nesse documento (1997), é proposto um Sistema Microrregional de Serviços de Saúde como estratégia integradora das diversas atividades desenvolvidas pela Secretaria de Saúde do

Estado, sendo construído o desenho do sistema de referência e contra-referência para o estado. Como consequência, a regionalização da saúde, no Estado do Ceará, após 1998, passou a ter como foco a organização do SUS no âmbito regional, por meio do desenho das microrregiões de saúde, com centralidade no fortalecimento da suficiência na atenção secundária nestas regiões de saúde:

[...] “o segundo tempo”, após 1998, possibilitou a “oportunidade de integrar um projeto de apoio interno de cooperação internacional ... um assessoramento de uma equipe da Espanha...essa equipe preparou o estado para uma regionalização...[que]...buscava uma compreensão da autoridade municipal... não só...da autoridade estadual...a autoridade de representação do governo federal...[a] coordenação nacional...não foi bem trabalhada nesse primeiro momento [...]”.

Assim, identificaram-se as rotas naturais utilizadas pelos pacientes para acesso aos diversos níveis de atenção, o que permitiu, juntamente com um diagnóstico do nível de complexidade dos serviços municipais de saúde, o mapeamento de três municípios - Fortaleza, Sobral e Crato - como pontos de maior convergência dos fluxos dos usuários de serviços de saúde no estado. Cada um deles, configurando uma rede de municípios de influência, que por sua vez, em função das vias de acesso, se subdividam em trechos. Nesse estudo foram desenhados 13 (treze) trechos, sendo 06 (seis) na rede Fortaleza, 05 (cinco) na rede Sobral e 02 (dois) na de Crato. Nestes trechos, também foram identificados municípios de convergência de fluxos de acesso aos serviços. O estudo ainda codificou os serviços de saúde disponíveis em 10 categorias de complexidade no conjunto dos níveis de atenção. Posteriormente, estes trechos foram divididos em 21 (vinte e uma) microrregiões de saúde.

A institucionalização desse processo se deu em 1998, com a aprovação pelo Conselho Estadual da Saúde (CESAU) do documento “*Diretrizes de Reorganização da Atenção e dos Serviços do Sistema Único do Ceará*”, conforme referido anteriormente. Esse documento propôs uma reorganização da atenção e dos serviços de saúde em três níveis, dando ênfase à regionalização e hierarquização, bem como a definição do elenco de ações e serviços prioritários a serem oferecidos em cada nível.

A atenção primária, organizada na Estratégia Saúde da Família, e orientada pela Vigilância à Saúde, deveria ser estruturada pelos municípios que compõe a

microrregião. A Atenção Secundária seria organizada no âmbito das *Microrregiões de Saúde*, onde estariam localizados os hospitais-polo microrregionais e ambulatórios especializados de média complexidade. A Atenção Terciária seria estruturada operacionalmente em *Macrorregiões de Saúde*, e conformada por serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade e alto custo, como serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção ao paciente grave.

A atenção terciária deveria, ainda, possibilitar o acesso à quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista e exames de diagnose de maior complexidade. E prover, também, tratamento intensivo, como serviços de urgências clínicas e cirúrgicas e, traumatologia e ortopedia proveniente de traumas, nas 24 horas.

A partir de então o CESAU redefiniu o mapa organizacional do SUS Ceará, estabelecendo três polos macrorregionais e 21 microrregiões de saúde. As macrorregiões são formadas por um conjunto de microrregiões que convergem para os polos de atenção terciária de Fortaleza, Sobral e Cariri.

Porém, é a construção da suficiência na atenção secundária, com inter(ação) intermunicipal coordenada pelo gestor estadual, que se constitui no foco de um novo desafio a ser enfrentado com a diretriz de microrregionalização. Neste sentido, o referido documento define “Micro-Região Assistencial”.

como um espaço territorial composto por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com auto-suficiência primária e secundária, com população em torno ou superior a 100 mil habitantes, e com vontade política para consorciarem-se na busca de solução dos problemas comuns”.

Os Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde teriam como objetivo promover a cooperação intermunicipal, permitindo uma economia de escala e tornando mais eficaz e resolutivo o uso dos recursos disponíveis. Ainda, criaria condições para uma gestão integrada e compartilhada dos serviços de saúde de nível secundário, viabilizando o funcionamento adequado dos processos de referência e contra-referência de pacientes.

Foi estabelecido que esta organização deveria ocorrer em quatro espaços tecno-sanitários de oferta de serviços, estreitamente articulados/vinculados entre si,

na lógica microrregional. Estes espaços foram definidos como: 1. Espaço de atenção à saúde considerando a atenção hospitalar, ambulatorial especializada, urgência e emergência e atenção domiciliar; 2. Espaço de saúde pública configurado pela vigilância sanitária e ambiental, vigilância epidemiológica e controle de endemias; 3. Espaço dos sistemas de apoio traduzidos como: informação, auditoria, controle e avaliação, assistência farmacêutica e apoio diagnóstico e terapêutico; e 4. Espaço dos sistemas logísticos como: centrais de agendamento de internações hospitalares e consultas especializadas e sistema de transporte sanitário. Adicionalmente, haveria um espaço do controle público, o qual se organizaria como o quinto espaço.

Neste mesmo ano se iniciou uma reforma na SESA, com suporte em consultoria nacional, voltada principalmente à racionalização de recursos e à melhoria gerencial. Entre os objetivos, a criação de estruturas regionais de gestão coincidentes com as microrregiões de saúde.

A SESA foi reestruturada e substituiu os quatorze antigos departamentos regionais por 21 (vinte e uma) microrregionais, que, oficializadas no ano 2000, passaram a responder pela representação do estado organização dos serviços de saúde, no âmbito das microrregiões.

Ao mesmo tempo em que se aprovaram as diretrizes, antes referidas, a SESA articulou sua operacionalização a partir de um projeto piloto, na Microrregião de Baturité. A Microrregional de Saúde de Baturité foi escolhida por atender a critérios preestabelecidos e agregar outros fatores favoráveis.

“Baturité foi o piloto para nós na regionalização que são as microrregiões de saúde [...] é que a gente começou realmente a se empoderar como regionalização dentro do processo [...]”

Destacaram-se, nesse momento, a Associação dos Municípios do Maciço de Baturité/ AMAB, com o apoio dos prefeitos da região ao projeto; e a Escola de Saúde Pública do Ceará/ESP-CE, com o suporte pedagógico e operacional para uma das atividades do projeto piloto: a realização do Curso de Gestão de Sistemas Microrregionais. Esse curso foi desenvolvido, a partir de novembro de 1998, com um seminário de “sensibilização” dos participantes, sendo organizado e ministrado com a atuação dos técnicos da SESA e da ESP.

O Curso de Gestão de Sistemas Microrregionais foi estruturado em seminários sequenciais e temáticos, nas várias áreas de organização dos serviços.

Ao término de cada seminário, formou-se uma câmara técnica para elaborar projetos de intervenção visando organizar o sistema microrregional. Seguiu-se a pactuação técnica e política destes projetos, culminando com a formação da Comissão Intergestores Bipartite Microrregional/ CIB-M. Em 2000, o processo foi ampliado para mais cinco microrregiões.

Esta seria uma nova forma de organização do sistema de serviços de saúde no âmbito local, que contemplava um sistema de referência e contra-referência, tendo a Estratégia de Saúde da Família como estruturante para a reorganização da atenção à saúde. Configurou-se, portanto, como uma inovação institucional adaptada da proposta de “*microrregionalização cooperativa*”, que representou uma versão dos sistemas integrados no âmbito do SUS.

O Ceará foi reconhecido como primeiro estado a adotar a regionalização com base na concepção de sistemas integrados de saúde, sendo prenúncio da ideia de Redes de Atenção à Saúde. Na mesma direção, Curitiba foi o primeiro município a implantar essa experiência de sistema integrado de saúde com RAS, em 2001, e o Estado de Minas Gerais foi o primeiro a formular uma política de redes de atenção à saúde, em 2006.

II) A regionalização da saúde no estado do Ceará no período 2001-2006: a NOAS

Em 2001, com o advento da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), foram realizados “ajustes” na lógica de organização do modelo assistencial em desenvolvimento. Esses ajustes foram considerados como um retrocesso no processo de regionalização em curso no estado.

“[...] em 2001...[o]...governo federal começou a trabalhar...[as]...normas operacionais...a NOAS...o governo do estado teve então de fazer alguns ajustes para se adequar a essa norma nacional...fez com que o processo de regionalização do estado...desse dois passos para trás...porque nós íamos numa compreensão de 98...de organizar serviços...que mantivessem o princípio da questão da escala... tivemos uma grande luta para que prefeitos compreendessem que não era necessário um laboratório de patologia clínica em cada município...e sim a garantia de acesso...mas quando chegou a NOAS...trouxe aquela determinação do que deveria ficar com ações especializadas de primeiro nível...para que você pudesse

assumir gestão...os municípios então se fortaleceram...e nós tivemos que rever o nosso processo de regionalização...”

A experiência até então acumulada, entretanto, contribuiu com os ajustes à elaboração do PDR, do Plano Diretor de Investimentos - PDI, e também da Programação Pactuada e Integrada – PPI; valendo destacar as reuniões nas CIB Microrregionais, que apoiaram este processo.

A PPI, a partir de 2002, considerou a alocação de recursos para a população própria e para a população referenciada, em coerência com a regionalização proposta. O PDR do Ceará de 2001, além de instituir mais uma microrregião de saúde, passando para 21, subdividiu estas microrregiões em 96 módulos assistenciais, burocraticamente dotados de capacidade instalada para adequação à norma, sem apresentar a institucionalidade sistêmica necessária ao desenvolvimento de sistemas organizados regionalmente.

De modo concomitante, houve a continuidade do curso de gestão com a elaboração dos projetos de intervenção e composição de CIB-M para as 15 (quinze) microrregiões restantes. Também nesta fase, acumularam-se os resultados/produtos do processo de microrregionalização, iniciado antes da vigência da NOAS.

Assim, foram produzidos: planos de gestão para as 21 microrregiões, indicativos da estruturação inicial dos sistemas de gerência; contratos com os hospitais pólo/sede e contratos internos com as unidades próprias; softwares das centrais de regulação micro e macrorregionais, com implantação do piloto em Baturité e, mais seis microrregiões, além do piloto da Macrorregião de Fortaleza. Ademais, foram elaborados os planos diretores dos hospitais de Baturité e Aracoiaba.

Destaque-se ainda o início da implantação de estratégias para fortalecer a microrregionalização, voltadas à melhoria da atenção primária e à satisfação dos usuários; dentre os produtos, os protocolos da atenção e as pesquisas de opinião.

Em 2002, ao término da gestão foi realizado um seminário, ocasião onde a equipe de gestão da SESA-CE e parte dos consultores apresentaram os resultados desse processo, destacando seus aspectos com uma avaliação favorável. No entanto, dentre os consultores, havia uma posição no sentido de que o incrementalíssimo seria uma estratégia a considerar na continuidade do processo e outra, questionando a sua sustentabilidade. Essa discordância de posicionamento pode suscitar reflexões

acerca de estratégias institucionais adotadas pela SESA o tocante a regionalização, considerando as últimas conjunturas em análise.

III) A regionalização da saúde no estado do Ceará no período 2006-2010 – o Pacto Pela Saúde

Apenas, em 2006, com o Pacto pela Saúde é que a regionalização foi retomada com a tendência de organizar a gestão e a oferta de serviços sob o “comando” municipal e loco-regional. O Pacto pela Saúde oportunizou maior protagonismo às instâncias estaduais na condução da regionalização com importante adesão simultânea das administrações municipais no estado do Ceará.

[...] em 2006... sai o Pacto pela Saúde... traz o reforço da regionalização... diferente do que nós vínhamos trabalhando em termo de NOAS... nós ajustamos esse plano de regionalização às novas diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde... a grande maioria dos municípios do estado fez a adesão a esse Pacto em um único momento... assumiram o comando único de prestadores... e nós tivemos que fortalecer todo esse processo... através de um redesenho da regionalização...

O reforço da regionalização em sua gestão direta pode ser traduzido pelo envolvimento das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), instâncias regionais da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), que permaneceram sempre muito próximas aos municípios na coordenação do processo de pactuação. O Pacto constituiu-se, portanto, como um instrumento diferente dos instrumentos anteriores adotados no âmbito do SUS.

[...] a gente fez esse Pacto pela Saúde e foi ótimo [...] e aí sim começou a se desenhar o que é a regionalização realmente clara para o país [...] Nós tivemos um momento de pactuação, primeiro do Termo de Compromisso (de Gestão - TCG) assinado por prefeitos e secretários, mas com responsabilidade maior em cima do secretário, e [...] criamos os indicadores e as responsabilidades executivas de gestão. Então, os municípios pactuavam cada indicador individual. Era individual e, por isso, que foi um ensaio da regionalização[...] Então, eu me garanto reduzir minha mortalidade materna e eu preciso decidir se eu vou conseguir isso e isso...?

O Pacto inovou ao propor uma formalização de acordos intergovernamentais em diversos âmbitos da gestão e atenção à saúde. Nesta perspectiva, seria um recurso potencial na definição de estratégias para a otimização dos bens públicos, organização de fluxos de demanda e oferta, bem como um dispositivo para o desenho de novas programações de ações e serviços dentro de uma mesma região de saúde. Caracterizou, assim, um momento histórico importante no desenho político-administrativo da regionalização e agregou concepções dialógicas mais maduras entre as esferas de governo.

[...]O Pacto (pela Saúde) foi o primeiro caminho (para a operacionalização da regionalização). O ensaio para chegar até aí. Sem o Pacto talvez teria sido muito difícil essa negociação.

[...] nós tínhamos nos modelos anteriores uma coisa muito frágil que era o Pacto. Pacto... o cara dizia eu dou a palavra e está dado. É um pacto e não tem nada formalizado ou cartorializado como um documento formal que pudesse ser cobrado posterior as responsabilidades... de quem? Então, como não tinha isso muito formalizado. Ficava assim: de quem é a responsabilidade? Não, é do município, é do estado, é da união ... Então, isso dificultou muito a implementação de algumas coisas [...].

Isso fortaleceria um dos princípios norteadores dos processos de organização-territorial do SUS. A regionalização poderia se desenvolver em novos moldes mais autônomos, diferente dos modelos anteriores, tutelados pelos níveis mais centrais da gestão inter-federativa.

Em se tratando do Termo de Compromisso de Gestão como dispositivo de apoio à máquina pública, podemos destacar esse instrumento, previsto no Pacto, apresentava pontos a serem melhorados e aperfeiçoados.

A lógica de formalização deste instrumento, definição de responsabilidades e pactuação de indicadores, por exemplo, seguiu uma lógica individualista, ou seja, particular a cada município. Seria necessário garantir ou contratualizar propostas no nível coletivo das regiões de saúde.

IV) Plano Diretor de Regionalização do Ceará (PDR) – 2010

Marco de referência nesse percurso histórico-institucional foi a atualização, em 2010, do Plano Diretor de Regionalização do Ceará (PDR), utilizado como pressuposto e modelo da Regionalização, que considerou os seguintes parâmetros para configuração das Regiões de Saúde no Estado (Macro e Micro): i) contigüidade

intermunicipal; ii) infra – estrutura de transporte; iii) deslocamento da população aos serviços de saúde; iv) economia de escala; v) disposição política para pactuação.

Saliente-se que o desenho de 22 microregiões de saúde, articuladas às então 3 macrorregiões de saúde, objetivou, quanto à Macrorregiões particularmente, orientar o plano de investimento estadual para garantir, ao longo do tempo, que algumas RS adquirissem capacidade resolutiva no âmbito das ações e serviços de alta complexidade, tanto ambulatorial quanto hospitalar, de modo a constituir um fluxo de acesso e de resolução dos problemas de saúde mais próximo do cidadão, levando em consideração os necessários critérios de escala em relação aos serviços de alta densidade tecnológica.

A criação das Macroregiões foi considerada estratégica por possibilitar a diminuição gradativa, ou à medida em que os investimentos acontecessem, da dependência assistencial das RS em relação a Fortaleza.

A política de regionalização do estado do Ceará foi bastante fortalecida por meio de investimentos financeiros estaduais e apoio no custeio de equipamentos de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, tendo como referência o espaço territorial correspondente às macrorregionais de saúde.

V) Modelo Assistencial no Contrato de Gestão Pública-COAP (2011-2015)

O Estado do Ceará iniciou a pactuação do COAP logo após a edição do Decreto nº 7.508 (junho de 2011), colocando a regionalização estadual da saúde na perspectiva dessa nova proposição normativa do Ministério da Saúde, embora mantivesse as diretrizes do Plano Estadual de Saúde e demais processos organizativos em curso.

A despeito de sua não institucionalização em termos de um contrato de gestão pública, por razões políticas, entre 2014 e 2016, a análise dos Contratos de Gestão Pública do Ceará (COAP-CE) e demais fontes documentais originadas da Secretaria Estadual de Saúde, mostra, como vimos, que o modelo assistencial regionalizado do Estado do Ceará constituiu-se - desde 1998, e assim conservou-se no COAP - com 22 Regiões de Saúde (RS), agregadas em quatro macrorregiões de saúde.

Observou-se que a política de regionalização nesse período, no Ceará, foi formalizada mediante um processo de discussão e pactuação, envolvendo diferentes

atores das três esferas de gestão do SUS, embora com intenso protagonismo e diretividade proativa da SESA. Neste aspecto, destacam-se momentos de discussão envolvendo a Associação de Prefeitos do Estado do Ceará (APRECE), o Conselho de Secretárias Municipais de Saúde (COSEMS), o Conselho Estadual de Saúde, as instâncias regionais da Secretaria da Saúde do Estado, as Comissões Intergestores Bipartite e Regionais (CIB e CIR).

No âmbito dos municípios, além do envolvimento dos prefeitos municipais, houve, por parte das Coordenadorias Regionais da SESA, a sensibilização junto às assessorias e procuradorias municipais, considerando o caráter legal do COAP. Destaca-se que foi a primeira vez em que estes atores municipais participaram mais proximamente das discussões da política de saúde com abrangência e repercussão regional.

A institucionalidade da política anterior de regionalização no Estado, a tradição de pactuação nas instâncias intergestoras (CIB e CIR), ao lado da ação proativa da SESA no processo de adesão ao COAP, foram fundamentais neste processo.

O desenho assistencial regionalizado (Regiões de Saúde), estruturado através de Redes de Atenção à Saúde, foi definido, segundo a SESA, como pressuposto de garantia do princípio da integralidade da atenção, de forma cooperativa e solidária entre os entes federativos, particularmente a instância municipal, considerando que o Ceará apresentava importantes “vazios assistenciais”, constituindo-se a Rede de Atenção uma das estratégias para encaminhar uma solução assistencial adequada aos direitos do cidadão.

A gestão intermunicipal e os conflitos de interesse com o município pólo constituem o principal desafio da regionalização fundada nas redes de atenção, com pressuposto cooperativo e necessitando sustentabilidade mínima, considerando a conformação da política municipal, caracterizada pela descontinuidade administrativa e na auto-referência local (municipal), onde, de fato, se localizam, em geral, os interesses (eleitorais) dos gestores municipais, que serão, de fato, os atores principais do processo.

Considerando a observação das propostas de Redes Assistenciais contidas nos COAPS das Regiões de Saúde do estado do Ceará, podemos verificar que houve uma tendência relacionada ao desenvolvimento e fortalecimento, tão somente, da Rede Cegonha e da Rede de Urgência e Emergência no estado do

Ceará, sendo que as demais redes assistenciais temáticas, em geral, mostram-se incipientes ou não são sequer mencionadas..

A ausência de institucionalização dos COAP, neste período, não interrompeu, entretanto, a Política em curso de Regionalização e de fortalecimento das Regiões de Saúde por parte da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará.

VI) A regionalização da Saúde no estado do Ceará depois de 2015

No ano de 2015, o modelo regionalizado de saúde do Ceará estava constituído por 22 regiões de saúde e cinco macrorregiões. Do ponto de vista do desenho regional e das funções assistenciais, ainda permanecia uma forte condução político-técnica do modelo regionalizado de saúde do Ceará, dada pela SESA, apesar das adequações feitas a cada orientação normativa do Ministério da Saúde.

Em 2017, impulsionados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que estabelece diretrizes para o processo de Regionalização, Planejamento Regional Integrado (PRI) e para a Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, orienta as normas para o desenvolvimento do processo de Planejamento Regional Integrado e da organização de Macrorregiões de Saúde por meio da resolução Nº 37. Destaca-se, dentre as normas estabelecidas, que o processo do PRI será instituído e coordenado pelo estado em articulação com os municípios, com a participação da União, a partir da configuração das Regiões de Saúde definidas na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

No Ceará, no ano de 2019, o processo de regionalização das ações e serviços de saúde no Estado foram normatizado pela a Lei Estadual nº 17.006, que dispõe sobre a integração, no âmbito do SUS, das ações e serviços de saúde em Regiões de Saúde, e define a Região de Saúde como o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamento de municípios limítrofes que, em razão de suas dinâmicas epidemiológicas, geográficas, viárias, de comunicação, ambientais, políticas, socioeconômicas, integram suas ações e seus serviços de saúde com as do Estado em redes de atenção à saúde (Ceará, 2019).

No mesmo ano, foi publicada a Portaria nº 2019/2108, que dispõe sobre os aspectos organizativos-operacionais das regiões de saúde, nos termos da Lei Estadual nº 17.006/2019, modificando a denominação das cinco macrorregiões de saúde passando a se configurar como regiões de saúde, coordenadas pela Secretaria

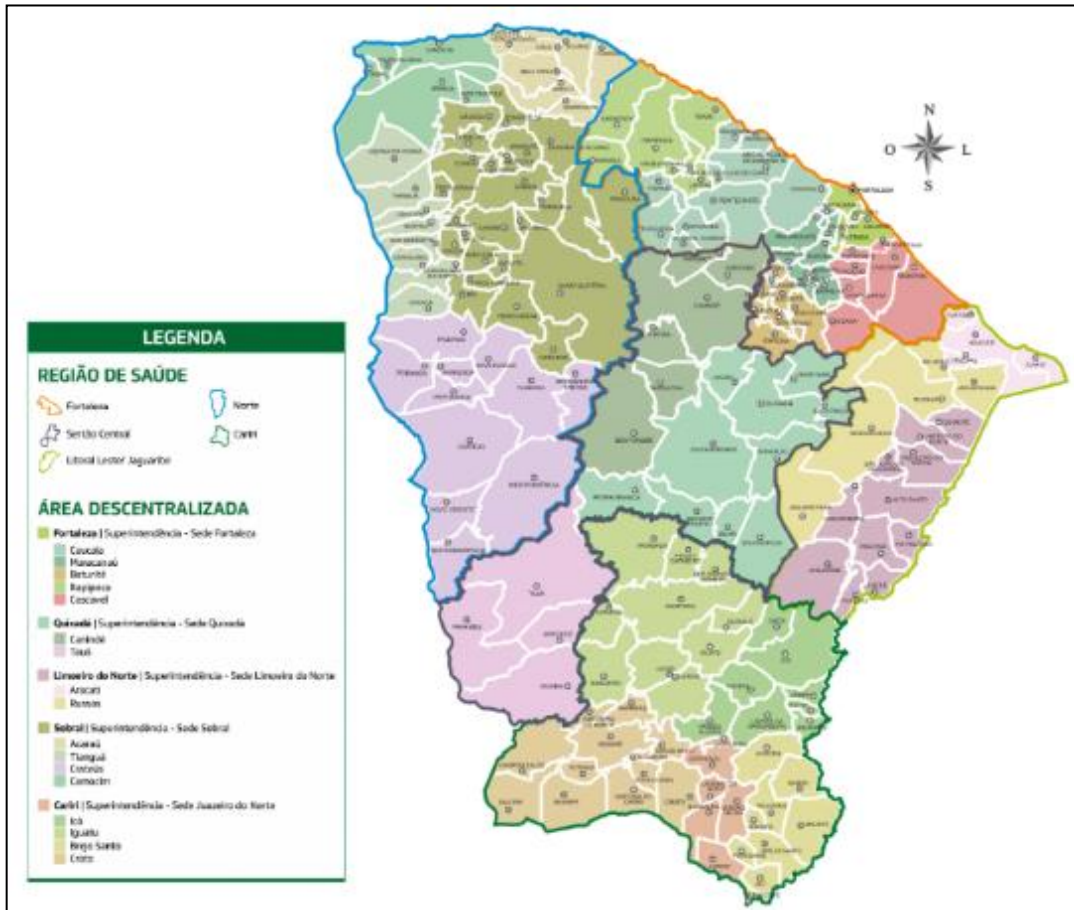
de Saúde do Estado, por meio das Superintendências Regionais de Saúde, em articulação com os municípios que as integram.

As Regiões de saúde foram redefinidas pelo Estado, sob a coordenação da SESA-CE, em articulação com os municípios, diretrizes gerais pactuadas na CIT. Passando a ser organizadas em cinco (5) Regiões de saúde, sendo elas as Superintendência da Região Norte (SRNOR), da Região Sul (SRSUL), da Região do Sertão Central (SRSCE), da Região Litoral Leste/Jaguaribe (SRLES) e da Região de Fortaleza (SRFOR) (Ceará, 2019). E 22 áreas descentralizadas em Saúde (ADS): 1ª Fortaleza, 2ª Caucaia, 3ª Maracanaú, 4ª Baturité, 5ª Canindé, 6ª Itapipoca, 7ª Aracati, 8ª Quixadá, 9ª Russas, 10ª Limoeiro do Norte, 11ª Sobral, 12ª Acaraú, 13ª Tianguá, 14ª Tauá, 15ª Crateús, 16ª Camocim, 17ª Icó, 18ª Iguatu, 19ª Brejo Santo, 20ª Crato, 21ª Juazeiro do Norte e 22ª Cascavel. Essa nova organização pressupõe fortalecer o acesso regionalizado da média e alta complexidade nas Regiões de Saúde, conforme apresenta a Figura 1.

As Superintendências são responsáveis por implementar as políticas de saúde do Estado, organizando processos e articulando atores-chaves em um modelo de governança compartilhada. Além disso, também é função de cada uma implantar as diretrizes do Planos Regionais em Saúde (PRS), coordenar e monitorar a gestão orçamentária, financeira, contábil, patrimonial, documental e de recursos humanos necessários ao funcionamento da região sob sua competência (Ceará, 2023).

As ações e serviços de saúde nessas Regiões de Saúde foram organizados através da estratégia de Redes de Atenção, e a gestão dessas Redes é exercida de modo compartilhado com os atores sociais envolvidos. As redes temáticas e assistenciais prioritárias definidas pelo Estado, para o período de 2020 a 2023 foram: Doenças Crônicas Não Transmissíveis (linhas de cuidado: diabetes, hipertensão, obesidade, doenças renais crônicas), Materno-infantil, Atenção Psicossocial, Cuidado à Pessoa com Deficiência, Urgência e Emergência, Traumato-Ortopedia, Neurologia, Cardiovascular e Oncologia (Ceará, 2023).

Figura 2 – Mapa da Regionalização da Saúde no Ceará.



Fonte: SESA – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (2019).

O processo de planejamento regional é realizado de modo integrado com os municípios, tendo como produto os Planos Regionais de Saúde (PRS), que dispõe sobre as necessidades de saúde da população, as ações de intervenções prioritárias, a organização das ações e serviços em redes de atenção, o financiamento e as responsabilidades dos entes envolvidos. Os PRS abordam sobre a estruturação das redes temáticas e assistenciais prioritárias em cada Região. Essas redes devem ser pactuadas entre os gestores, definindo os pontos de atenção e as responsabilidades que forem necessárias à atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às necessidades da população no território regional.

6.2 Centrais de regulação regionalizada: o caminho para acesso nas regiões de saúde?

O processo de regionalização no Estado Ceará crava uma mudança paradigmática no *modus operandi* da gestão dos fluxos de acesso dos serviços de saúde. Com o aumento da disponibilidade dos serviços de saúde (oferta) para o interior do estado, a capacidade de cada região de saúde em responder às suas próprias demandas torna-se factível, ou seja, evidencia a capacidade das regiões de saúde em conseguir resolver as necessidades de saúde da sua própria população, corroborando na descentralização das Centrais de Regulação Regional em Saúde (CRER's)⁶.

Então, por conta dessa necessidade, dessa expansão dos serviços que aconteceu lá atrás, houve a necessidade de regionalização [...] ora, se foi necessário regionalizar a atenção, acaba que a regulação foi uma consequência desse processo de regionalização da atenção (Estado, E1).

Na narrativa acima, o gestor aponta que a descentralização das CRER's foi impulsionada ao processo de regionalização, sendo inerente à nova organização dos serviços de saúde, que resultou na ampliação dos equipamentos de saúde de utilização intermunicipal (policlínica, CEO, hospitais regionais, dentre outros), especialmente no que tange a atenção especializada. Essa nova topologia dos serviços de saúde ofertados nas regiões corroborou em uma maior autonomia da região em resolver suas demandas de saúde, onde a própria região de saúde é responsável por gerenciar a sua oferta, ou seja, a sua fila de vagas no sistema de regulação.

Sendo assim, a proposta de descentralização das CRERS inicia-se apoiada pelo estado, tendo como premissa o fortalecimento do processo de regionalização da atenção especializada.

A partir dessa nova conjuntura, inicia-se o processo de implantação das cinco CRER's. Entretanto, até o período desse estudo, apenas três foram implantadas: a) Central de Regulação Regional do Cariri (CRERSUL)⁷; b) Central de Regulação Regional de Sobral (CRERNORTE)⁸; c) Central de Regulação Regional de

⁶Sigla para melhor disposição textual, não referenciada em documentos do governo.

⁷Idem nota de rodapé 5.

⁸Idem nota de rodapé 5.

Fortaleza (CRERFOR)⁹, sendo a última responsável pela retaguarda da regulação da região leste Jaguaribe e região do Sertão Central, visto que as mesmas não possuem central de regulação descentralizadas na sua região de saúde. Ressalta-se também que a central da CRERFOR é incorporada pela Central de regulação da SESA, por dividirem a mesma infraestrutura.

Inicialmente era pra ter cinco centrais de regulação, em cada região de saúde, porque também houve a remodelação né? Que antes eram cinco, eram 22 regiões de saúde, passou a ser somente cinco, né? Então houve essa readequação e a regulação acompanhou esse formato de regionalização. Então era naquele momento, tava previsto como plano estratégico, cinco regiões de saúde (Estado, E1).

O novo desenho da regionalização do estado reorganiza o sistema estadual em cinco regiões de saúde. Conforme já explicitado nesta tese, essa organização é pautada na expansão da oferta da atenção hospitalar, especialmente pela implantação dos hospitais regionais. A implantação dos hospitais regionais potencializa a capacidade de receber e transferir usuários que necessitam de cuidados complexo, antes só encaminhados para capital cearense.

Nesse contexto a expansão das CRER's é uma estratégia de governo de fortalecimento da regionalização (especialmente da atenção hospitalar), alicerçada em uma de prioridade política, fomentando uma agenda estratégica para sua execução. Conforme apresentado na narrativa abaixo.

A gente tinha um projeto de construir mais duas centrais. Mas houve uma avaliação e a gente viu que tinha uma quantidade e volume de regulação nessas outras regiões que ainda não justifica [...] tem o custo também, entendi? [...]A questão de recursos humanos ela é centralizada aqui também. Isso também gera um pouco de confusão às vezes (Estado, E2).

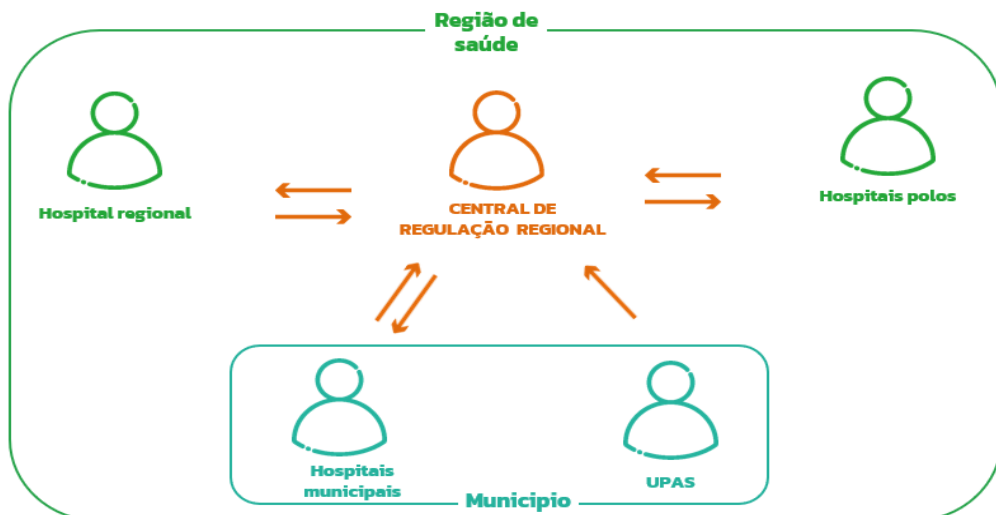
As três CRER's (CRERSUL, CRERNOR e CRERFOR) passam a regular o acesso da atenção ambulatorial e hospitalar sem precisar da autorização da central de regulação da SESA, com um diálogo estreito e próximo dos municípios e ADS, em prol de gerir a fila das vagas disponíveis dos equipamentos de saúde de forma eficiente no território regional.

Uma, duas vagas e a gente vai juntando, né? E aí, junto com a dos polos também, né? Três aqui, quatro acolá e a gente vai tentando encaminhar os pacientes da melhor forma possível para o local mais adequado para ele e aqui a gente tem por região, cada polo atende uma região [Região, E5].

⁹Idem nota de rodapé 8.

A implantação das CRER's delimita um novo regime de regulação regional com uma topologia própria instituída, uma comunicação diretiva, organizativa e centralizadora das tomadas de decisões. No âmbito da regulação hospitalar, objeto desse estudo, o gerenciamento dos leitos de urgência é caracterizado pela implementação das solicitação de leitos e transferência dos pacientes (origem e destino) por meio uma intensa comunicação com as unidades de saúde e detentores das vagas dos leitos, seja no âmbito regional (Hospitais regionais e Hospitais polo) ou no âmbito municipal (Hospitais municipal e UPA – no caso das UPAS é realizado apenas a solicitação da transferência), conforme a Figura 2.

Figura 3 – Fluxo de regulação dos leitos hospitalar de urgência e emergência por região de saúde.



Fonte: Elaboração própria (2024).

O novo regime de regulação das CRER's demarca também uma nova atribuição para a Central de Regulação da SESA. Antes de gestão única e centralizada no nível central do estado (SESA), agora há um deslocamento do poder de decisão, assumindo o papel de implantar os novos processos trabalho, protocolos e diretrizes nas CRER's.

Então, hoje pelo protocolo da regulação, quando a gente coloca um protocolo da regulação não quer dizer que tá todo mundo cumprindo não. Na verdade, a gente coloca e vai, e vai trabalhando ele. [...] porque o nosso papel primordial em relação as outras unidades aqui em Fortaleza é justamente a questão de, de diretriz, sabe? De, de processo de trabalho [Estado, E2]

Para os profissionais de regulação do município, essa nova organização impacta diretamente na autonomia dos fluxos de acesso municipal, que antes estabelecia contato direto com dispositivos de saúde de outras regiões de saúde. Agora precisam, obrigatoriamente, solicitar os leitos para as CRER's da sua região de saúde.

Ai a gente fazia o processo, colocava na central, ligava pra cá, “Ei, tu pode alocar para a fila de Fortaleza?”. Perguntavam porque era, e a gente dizia “é porque a Santa Casa tá negando e a gente precisa alocar pra lá”. Eles alocaram, a gente entrava em contato com o pessoal lá, “tu pode visualizar o paciente na fila e tal”... Era direcional, então assim, era mais flexível. Hoje já é um pouco mais difícil (município, E6).

[...]Eu concordo que tem que ter realmente organização. Eu só acho que deveria haver mais um vínculo maior entre as regiões [...] a gente recebia pacientes de vários lugares e assim, até quando superlotado, a gente tinha a questão de transferir. Só que aí quando chegava aqui, “ah, mas a regional é outra”. Então a gente vai ter que submeter a outra regional? Às vezes essa parte do processo se torna um pouco morosa (município, E6).

A nova divisão territorial das regiões de saúde é apontada pelos gestores municipais como barreira geográfica, visto que algumas Regiões de Saúde têm maior dimensão territorial, maior número de municípios e características territoriais distintas, impactando na acessibilidade dos usuários ao acesso aos leitos, especialmente no período da pandemia COVID-19.

Agora, em termos de regionalização, quando dividiram em cinco regiões, a gente observou mais uma fragilidade na época da pandemia, porque assim, a gente lá passou a contar com 20 leitos de UTI COVID e assim, alguns leitos eram regulados pelo Estado. Então tinha toda aquela abertura, né? Do Estado todo. Então eu acho Crateús super distante pra receber paciente de Camocim, de Marco[...] (Município, E6).

A região é um recorte territorial, administrativo-sanitário, que permite integrar o que a descentralização supostamente teria fracionado, definindo para a população um espaço sanitário de serviços, constituído pelas RAS, que permita o acesso ao itinerário terapêutico adequado à sua necessidade de cada pessoa. Este é um pré-requisito para a ordenação sanitária, com o fim específico de garantir o acesso às ações e serviços de saúde dentro de um território delimitado e disciplinado. Caracteriza-se por um agrupamento de municípios limítrofes em um espaço geográfico contínuo, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a

finalidade de integrar a organização e o planejamento de ações e serviços de saúde (Brasil, 2011; Santos, 2017).

Os limites geográficos que constituem uma região de saúde devem ser pautados em elementos que se assemelham à cultura da população, à economia da região, bem como questões sociais inerentes aos municípios vizinhos. Essa definição facilita a interação de outras redes vivas no território, conectando vários serviços nos territórios e produzindo um cuidado singular que coloque em encontro de trabalhadores e usuários. Diferente do caso do Ceará, onde a regionalização se constituiu em territórios geográficos pautado na capacidade de resolubilidade das RAS, estruturada a partir da oferta (capacidade instalada), em especial da atenção hospitalar.

Embora o processo de regionalização seja considerado uma estratégia potente de organização dos serviços de saúde e otimização de recursos, no que tange aos processos de regulação dos leitos de urgência no âmbito regional, nem sempre essa organização geográfica contribui para rotas de acesso mais eficiente para o usuário. Tal situação fica mais evidente com os municípios limítrofes – municípios circunvizinhos de outras regiões de saúde –, que, pela lógica da nova topologia da descentralização das CRER's, têm por obrigação ter suas necessidades de saúde serem resolvidas dentro sua própria região de saúde. Embora seja possível a transferência para outra região, mediante disponibilidade e priorização de risco do paciente, essa situação pode acarretar transferências de pacientes para mais longe de sua residência, fomentando possíveis barreiras de acesso ao usuário e aos seus cuidadores.

O que caracteriza uma região de saúde não é uma somatória de serviços de saúde municipais em um espaço geográfico. É necessário olhar para além da oferta da capacidade instalada e fluxos de acesso instituídos em um território regional, considerando a micropolítica regional. Nesse sentido, o desenho dos fluxos de regulação regional deve ter como eixo estruturante a oferta de cuidado acessível, integral e qualificado, com foco na satisfação do usuário. A inversão dessa premissa implica em supervalorizar as regras de cunho geográfico, que determinam limites de acesso aos serviços de saúde nas relações intermunicipais dentro de uma região, burocratizando o itinerário do usuário em busca do acesso.

É preciso mergulhar no campo micropolítico das relações de poder para compreender e redesenhar as estratégias dos arranjos institucionais, um cenário onde

os atores se produzem, em ato, evidenciando que é nesse campo relacional (e não da expectativa normativa). Produzir uma regionalização viva que propõem forte investimento dos gestores, para que o espaço regional possa se tornar um espaço vivo e potente de gestão compartilhada, não apenas reduzido a um espaço formal, instituído pelas normas, sem potência para implementar o acesso equânime em cada região (Chioro, 2017).

No mesmo modo que se deve pensar nos limites intermunicipais que compõem uma região de saúde, também se deve refletir sobre o pensamento dos gestores da regulação nível central (SESA), que ainda acreditam na possibilidade de uma regulação do acesso centralizada na capital. Esse cenário propagaria a manutenção de uma regulação morta, verticalizada, pautada em uma rede dura de oferta de serviços de saúde, protocolos e perfil dos estabelecimentos em saúde.

Acho que a oferta ela realmente tem que ser descentralizada. Entende? Assim, ela precisa ser descentralizada e talvez a regulação não, [...] gera um certo conflito, ela é descentralizada, mas as decisões de gestão, elas devem ser centralizadas, e as vezes não fica muito claro [Estado, E2]

[...] carteira de serviço, pactuações, perfil das unidades e protocolos, se o sistema contemplar tudo isso e tudo isso estiver tudo redondo, fazer a regulação de uma única central, eu acho que é custo/benefício muito melhor. Sai mais barato, para gestão concentrar aqui. Entendeu? [Estado, E1].

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro com os médicos reguladores (ambulatorial) do estado, ao considerar a regulação local (descentralizada), destacou-se como benefício a possibilidade da regulação ser realizada com maior proximidade dos pacientes/usuários e, conseqüentemente, com maior compreensão das principais necessidades do território e dos usuários; a agilidade na regulação, onde, em alguns casos, o agendamento chega a ser imediato durante a consulta (provavelmente quando há coincidência do solicitante ser também regulador); e a interação local e as oportunidades de discussão entre colegas de regulação, com reflexos na melhor gestão das solicitações, filas e vagas e na qualidade dos encaminhamentos/solicitações (Silvia Junior *et al.*, 2022).

Deslocar a gestão da regulação do acesso do grande centro urbanos para o interior do estado, a partir de uma colegiado regional, possibilita uma maior apropriação das regiões com os problemas referentes aos processos regulatórios em saúde, especialmente na qualificação dos encaminhamentos refletindo em uma melhor gestão das filas e (co)responsabilizando todos os entes

promotores de cuidado em um território regional, seja estabelecimentos de saúde de nível município ou estado.

Diferente dos gestores reguladores do nível central, os gestores da regulação da região reconhecem a descentralização da gestão da regulação como única estratégia viável para o alcance da resolubilidade regional. Os gestores regionais valorizam essa proximidade das CRER's com os territórios regionais, especialmente pelo fortalecimento do vínculo dos profissionais de saúde com as redes vivas pertencentes a região de saúde. Conforme narrativas abaixo.

A vantagem de ser regionalizada é porque a equipe aqui já conhece a rede, conhece de perto, inclusive somos colegas, né? Eu tenho o plantonista do município, que dá plantão aqui né? [...]Tem gente que trabalha no interior, conhece as pessoas, né? [...]essa proximidade, de tentar resolver os casos e tentar otimizar as vagas, quando é regionalizado é melhor, porque eu tenho mais acesso, eu estou mais próximo, inclusive por isso, né? (Regional, E5).

Eu acho essencial a descentralização, até pela questão geográfica, né? Daqui do Juazeiro para Fortaleza, são quase 600 quilômetros...aqui é praticamente o centro do Nordeste. Tem a proximidade das duas regiões, mas no interior do Nordeste, aqui é o oásis, no meio do sertão [...] eu acho essencial, descentralização, até pelas estruturas universitárias que a gente tem, aqueles transformadores. Nós temos aqui faculdades da saúde, medicina. Eu não consigo nem contar, mas tem em torno de sete ou oito entre as que já estão funcionando, tem mais uma para abrir, a URCA. Então a gente tem uma capacidade formadora gigantesca, tanto que a gente não tem dificuldade de profissionais (Regional, E7).

A questão de ter centrais tanto na região norte quanto na região sul, nos ajudou muito, porque eles conhecem a região, eles conhecem as unidades. A gente tem uma ideia. Né? Mas eu vou dizer por exemplo, na região sul é tudo nome de santo os hospitais. Entendeu? Aqui, acolá a gente confunde, por que a gente não tem a vivência lá, né? Então assim, eles nos ajudam nesse entendimento [...] Na verdade, essa mentalização trouxe, muitos aprendizados pra gente, né? De fato, a pessoa que está inserido lá na região ela tem maior conhecimento e pra regular e ela tem maior entendimento digamos assim, né? [Regional, E10].

As narrativas apresentam que a descentralização das CRER's reduz a fragmentação do cuidado na perspectiva regional, uma vez que a aproximação do médico regulador das CRER's com as unidades de saúde dentro de uma região possibilita uma equidade do acesso nos territórios, visto que a priorização dos pacientes nas filas de regulação é pautada em informações de conhecimento vivenciado pelo profissional (regulação profissional). Conforme narrativa abaixo:

O meu operador, ele não é um enfermeiro, ele não é o médico, mas ele conhece tanta rede que às vezes ele pensa assim, "Doutor, bote esse aí pra tal canto, tá assim, tá assim, tá assim...". Aí a gente responde, "colega

atualiza o quadro clínico e coloca essas informações que tu tá me dizendo, que meu médico aqui vai dar prioridade”. Então, é assim, todos nós trabalhamos em conjunto para melhorar o acesso do paciente. [Regional, E5).

Cabe ressaltar a importância do papel das CRER's na regulação governamental, especialmente no monitoramento dos interesses da região de saúde, uma vez que dentro dos hospitais regionais essa proximidade entre os profissionais induz vias informais de comunicação, podendo ter como consequência a flexibilização na gestão das filas, propiciando um cenário de maior vulnerabilidade e interferências políticas no âmbito regional.

Como no estudo de Tofani (2023), que aponta que a ausência de uma Central de Regulação representa a inexistência de regulação governamental e abre caminho para que a gestão do acesso seja efetuada pelos próprios hospitais, ou seja, para que a regulação fique sob controle de cada prestador. Estes conhecem a regra do jogo, mas o jogam a seu modo, inclusive alegando que reconhecem que os hospitais precisariam ser regulados e fiscalizados pelo poder público, para que não se tornem um sistema de autoproteção do próprio hospital, e sim um arranjo para garantia do acesso.

Dentre os dispositivos que poderiam ser utilizados para garantir os interesses da regulação regional, uma solução seria a criação de instâncias reguladoras locais regionais “de acesso”, onde, seguindo a mesma lógica de Cecilio e Reis (2018), por meio da educação permanente, seriam criados grupos de trabalho com representações de profissionais da regulação dos municípios, hospitais regionais, CRER's, dentre outros atores envolvidos nos processos regulatórios do acesso regional, oportunizando a discussão de casos singulares dos territórios regionais. Essa estratégia consideraria, para além das diretrizes e protocolos, também a realidade cultural, social e econômica das regiões de saúde, configurando em um alinhamento matricial entre todos os atores inerentes ao processo de regulação do acesso.

O lugar, habitualmente assumido pela regulação, precisa ser interrogado, pois, ao invés de fazer gestão da fila, estabelecendo critérios de priorização, protocolos e de encaminhamentos, precisa interrogar permanentemente o que levou à produção de encaminhamentos. O processo de problematização e análise das filas como ponto de partida se desdobra em proposições de saídas, possibilitando debates sobre manejo clínico a ser feito de muitos modos, tais como consultas compartilhadas,

discussões de caso (presenciais ou à distância), matriciamento, dentre outros (Bertussi *et al.*, 2016).

O matriciamento já é discutido no âmbito da atenção básica e especializada (Bertussi *et al.*, 2016; Almeida *et al.*, 2016). No espaço da regulação do acesso hospitalar, o objetivo se assemelha, que é proporcionar práticas de uma regulação compartilhada, abrangente, co-responsabilizada, visando cumprir de forma eficientes o objetivo de garantir retaguarda de acesso às regiões de saúde.

Outra estratégia é a definição clara das linhas de cuidado (LC) nas regiões de saúde, que provoca “desterritorialização” nas práticas de saúde, rompendo com lógicas reducionistas instituídas que não estão implicadas com a defesa da vida, quais sejam: as lógicas capitalísticas, biomédicas e centradas em procedimento. Elas têm sido experimentadas como potente arranjo tecnológico que, pensado de forma plena, atravessa inúmeros serviços de saúde, centrando-se nas necessidades dos usuários e requerendo construção ativa dos sujeitos implicados (Cecílio; Merhy, 2003).

No âmbito da regulação do acesso, as LC delimitam um fluxo de cuidado nos diferentes níveis de atenção e de gestão no território regional, bem como induzem a regulação do acesso regional a se apropriar de todos os pontos de atenção na RAS que ofertam determinados serviços para o cuidado do usuário.

Cecílio (1997), ao se basear na definição dos tipos-ideais de Max Weber¹⁰, aponta que os regimes de regulação servem como “guia de leitura” para interpretar as variedades de fenômenos que ocorrem na realidade e que a observação das regularidades permite enunciar a presença de regimes e a diversidade de arranjos, soluções, composições e recomposições, que também podem ser observadas com base nas perspectivas dos atores envolvidas na produção do cuidado. O autor classifica quatro regimes de regulação: governamental; profissional; clientelista; e leiga¹¹.

¹⁰Para Max Weber (Saint Pierre, 2004), existe um tipo-ideal ou tipo-puro (Ideal typ) que é um instrumento de análise sociológica para a compreensão da sociedade pelo cientista social, com objetivo de criar tipologias, destituídas de tom normativo, avaliativo ou classificativo, aptos a apreender a diversidade assumida pela produção e reprodução da realidade social.

¹¹**1 - Governamental** - Regulação governamental burocrática (vertical, normativa, centralizadora): atua segundo princípios burocráticos de autoridade legítima, competência técnica, comunicação formal, impessoalidade, segundo as definições weberianas de burocracia. Regulação governamental negociada (pactuada, descentralizada, com compartilhamento e responsabilidades): atua sobre o princípio do agir comunicativo, adotando regras flexíveis e contratualizada por vários atores. **2 - Profissional** - Burocrática: subordina-se à regulação formal, atua como operador de regras governamentais. O profissional “agente” ou operador da regulação governamental. Criativo: Aprende a

As narrativas dos sujeitos deste estudo apresentam dois regimes de regulação que permeiam a descentralização das CRER's: o regime de regulação governamental e o profissional.

Na perspectiva governamental, é perceptível que, ora, ela se configura um regime *burocrático*, pautado em normativa a ser seguida, com centralização das tomadas de decisão e comunicação formal regulada por meio das informações sobre o perfil do paciente descritas no sistema operacional de regulação (*Fastmedic*); ora, se configura como *negociada*, uma vez que existe compartilhamento de informação entre as CRER's e os profissionais da regulação municipal e regional, por meio de via informal, flexibilizando protocolos e adotando novas regras.

O processo de governança também se apresentou como um ponto tensor nas narrativas dos gestores da regulação. A governança tem sido utilizada de forma cada vez mais frequente com conotações e significados múltiplos. Os estudos têm como referência as transformações nos processos decisórios e da ação pública frente às mudanças nas relações entre Estado e sociedade, ou entre governo, agentes privados e sociedade (Albuquerque *et al.*, 2018).

Souza (2019) aponta que muitas são as tensões enfrentadas pelos países que optaram pelo sistema federalista, especialmente em torno da distribuição de poder, autoridade e recursos dentro de um mesmo território e como conciliar o objetivo último das federações: preservar a unidade territorial e assegurar a diversidade. O autor é assertivo quando afirma que o desenho do federalismo tem influência sobre a política, a prática democrática, a governabilidade, a dinâmica da economia política e

usar e "flexibilizar" as regras da regulação formal, a depender do que avalia serem as necessidades do usuário, produz regras informais. Independentes: aquele que "corre por fora" do sistema formal, usa contatos pessoais, faz prevalecer a inserção profissional sobre a institucional, porque é na sua comunidade profissional alargada que encontram principal sistema de referência para seu agir profissional. **3 - Clientelista** - Pressão e barganha: a troca é muito clara e direta, ou seja, a cesso aos serviços em troca de voto. Nele, também poderemos ver diferentes modos de composição com regime de regulação governamental, em particular sua flexibilização ou agilização, e com regime de regulação profissional. **4 - Leiga** - Estratégia de tentativa/erro: por experimentação sucessiva, por obtenção de contatos estratégicos, por criação de vínculos, por localização de pontos de conexão e por identificação de linhas de fugas; Apropriação de conhecimento formal/científico: utilização de literatura de divulgação de conhecimento médico e de aconselhamento de saúde, consulta na internet, descoberta de fontes de informação etc; utilização Instrumentalização dos conhecimentos dos modos/vias anteriores: produz referências próprias em alternativa as referências padronizadas, inventa agenciamentos alternativos diferentes do formalmente proposto, organiza forma de circulação imprevisível; Produção de uma racionalidade alternativa à racionalidade médica: faz diagnósticos, reconhece necessidades, posiciona-se diante prescrições terapêuticas, avalia e julga o desempenho profissional, faz propostas, elabora sugestão e organiza encaminhamentos para evitar demoras, ultrapassando bloqueios e circulando mais rapidamente.

da competição partidária, bem como a política pública. Por essas razões, o sistema é complexo e muitas vezes objeto de análises que desconsideram essa complexidade e tendem a refletir o senso comum.

Ao instituir um novo fluxo descentralizado de regulação do acesso, através das implantação das CRER's, também se estabelece um deslocamento do poder da capital para as Regiões de saúde, propiciando um cenário de disputa de poder acerca da autonomia de cada central de regulação, conforme relatado pelos profissionais das centrais de regulação:

Outro grande problema da regionalização e da descentralização foi justamente a governança. Foi uma confusão de atribuições. Entendeu? Então se criou as superintendências com o intuito de regionalizar, inclusive as centrais [...] então constantemente existiam conflitos. Que acabou acontecendo, com as mudanças de gestores né? Houve essa compreensão de que as centrais poderiam estar nas superintendências (central de regulação regional), mas teria que estar dialogando com a CORAC (central de regulação nível central). Daí mais um motivo que eu acho que não deve descentralizar, a não ser que seja um braço da CORAC (Estado, E1).

Mas é uma autonomia limitada, não é uma autonomia completa. Não tem autonomia de fazer tudo o que a gente quer na central, a gente não tem. A gente ainda tem os POP's e os protocolos que ainda são únicos para todas as centrais... então segue os protocolos a nível de SESA (Regional, E10).

Um conjunto de evidências corrobora para essa disputa. A primeira diz respeito à necessidade de delimitar melhor os limites do conceito de autonomia, visto que a autonomia que compete às CRER's tem caráter administrativo, de gerenciamento das filas dos leitos disponíveis no seu território regional, mas sua implementação precisa estar alinhada aos protocolos, perfil clínico do paciente, capacidade instalada e disponibilidade de oferta nas unidades de saúde.

Para Santos (2013), existe uma diferença entre descentralização política e autonomia política. A descentralização política se difere da descentralização meramente administrativa, visto que a descentralização política expressa a ideia de direito autônomo, enquanto a administrativa expressa a derivação de poderes administrativos.

Além disso, desde a promulgação da Lei Estadual 17.009/2019 (Ceará, 2019), que define as regras do jogo da regionalização no estado do Ceará, também direciona a criação, em até 2 anos a partir de sua publicação, das Centrais de Regulação Regionais para o adequado referenciamento regional dos usuários aos

serviços de saúde. Esse contexto altera o novo organograma da SESA, insere as superintendências regionais e inclui a Célula de Regulação, Avaliação e Monitoramento (CERAM) em todas as regiões de saúde. Essa iniciativa favorece a organização dos processos acerca da regulação descentralizada e promulga a implantação das CRER's no âmbito regional.

Por outro lado, à medida que existem avanços político-institucionais sendo materializados, a integração hierárquica favorece também uma disputa de poder entre a gestão da regulação e as superintendências regionais, visto que os processos de trabalho do ato regulatório dialogam com o setor da regulação. Entretanto, a CERAM está inserida dentro da estrutura das superintendências regionais, submetida à sua hierarquia e não à da regulação. A situação implica em uma permanente negociação com as superintendências regionais, podendo ser considerado um fator de desequilíbrio de organização de competências. Conforme a narrativa do gestor da regulação estadual.

A vida da gente é uma negociação aqui. Eu acho que mesmo assim estamos nos saindo muito bem, porque como a gente tem as informações e tem essa central de inteligência que nos dá argumento, acaba que as superintendências hoje respeitam. Pelo menos querem ouvir a nossa opinião. Então dentro da governança conseguimos o nosso espaço. Mas não que tenha sido fácil (Estado, E1).

A governança na regionalização é entendida por um sistema de regras que se apoia em um jogo de relações envolvendo atores públicos e privados, indivíduos e instituições que expressam seus próprios interesses, e esses podem ser organizados segundo objetivos comuns (negociados), resultando um elo e redes entre mesmos atores e instituições. São estabelecidos cinco padrões de governança: 1) coordenada/cooperativa - processo de regionalização com definição de metas e objetivos específicos e há uma relação de cooperação entre os atores (principalmente os governamentais; 2) cooperativa - baixos mecanismos de coordenação entre os atores, corroborando em uma cooperação mais débil e formalista à CIB; 3) coordenada/conflictiva - expõem um caso onde, apesar de existir um comando claro no processo, há muitos conflitos entre os atores; 4) conflictiva - universo técnico-político conflituoso e com baixa coordenação; 5) indefinida - não se define (Albuquerque, 2013).

No cenário da regulação do acesso, as CRER's ocupam o papel de monitorar e implementar as regras do jogo (diretrizes e protocolos). Os atores e

instituições envolvidas são os prestadores de serviços regionais (médicos reguladores, operadores da regulação, hospitais polo, hospitais regionais, policlínicas, UPA's) e, no caso aqui, os interesses prevalentes devem ser os dos usuários que necessitam de acesso rápido e oportuno para resolver sua necessidade de saúde

Nesse contexto, a governança das CRER's caracteriza-se por ser coordenada e conflitiva, pois, embora as regras sejam alinhadas com todos os prestadores de serviços, por meio do processo de regionalização da regulação do acesso, existem conflitos no que tange à liberação de vagas de leitos para beneficiar os interesses regionais e não municipais ou de apenas um prestador de serviço.

Lima (2012) aponta que há uma grande indefinição do papel dos atores e dos arranjos regionais que possibilitam a articulação entre eles (governança conflitiva ou indefinida). Isso caracteriza uma institucionalidade incipiente, quando as estratégias desenvolvidas pela política de saúde se mostram frágeis e não conseguem mobilizar atores estratégicos de forma a incrementar as capacidades técnicas, institucionais e políticas em prol da regionalização.

Para Albuquerque (2018), o processo de governança contribui com as RAS na negociação em torno dos principais temas: escopo de atuação dos prestadores; financiamento; logística e regulação do acesso; negociações visando à articulação da rede; relações público-privadas que permeiam as RAS; e negociações relativas a recursos humanos para a atenção primária em saúde (Albuquerque, 2018).

No estudo de Shimizu *et al.* (2022), ao analisar o processo de regionalização nos estados do Ceará, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Paraná e Tocantins, aponta-se o desafio relacionado à maior autonomia das regiões de saúde para as tomadas de decisões, relacionadas às suas necessidades, e, sobretudo, para provê-las e garantir a distribuição equânime dos serviços públicos de saúde nas regiões, especialmente os serviços de média e alta complexidade, que representam a maior dificuldade.

Entretanto, há de se interrogar se apenas seguir as regras do jogo será suficiente para garantir a melhor priorização e gestão das filas. Em quais espaços de colegiado gestor regional da regulação do acesso estão sendo discutidos os casos regulados?

6.3 Expansão do acesso potencial e realizado da atenção hospitalar nas regiões de saúde do Ceará

No Ceará, a expansão da oferta na atenção hospitalar tem como marco a implementação do Proexmaes, que ampliou os serviços de saúde especializados de média e alta complexidade para o interior do estado, contribuindo para a melhoria das condições de saúde da população cearense e demarcando um importante aspecto histórico no processo de regionalização da atenção.

Com o projeto PROEXMAS, lá atrás, foi identificado os vazios assistenciais, naquela época do Pacto pela Saúde, onde todo mundo teve que fazer o levantamento das suas necessidades, né? Onde se identificou os vazios assistenciais, isso foi apresentado, como prioridade dentro do governo, regionalizar a atenção (Estado, E1).

O programa foi implementado em dois períodos no Ceará: o Proexmaes I, que teve seu desenvolvimento entre os anos de 2007 a 2016, e contou com recursos da ordem de US\$ 105,9 milhões para a construção de 39 novas unidades de saúde de média e alta complexidade, distribuídas entre hospitais, policlínicas e centros odontológicos. O Proexmaes II, iniciado em 2017 e com previsão de execução em 5 anos, contou com um investimento total de US\$ 178,5 milhões, sendo US\$ 123 milhões advindos do BID e US\$ 55,5 milhões do tesouro estadual. Nesta segunda fase, as principais metas do programa foram: incrementar o acesso e melhorar a qualidade dos serviços de saúde no Estado, além de melhorar o desempenho do SUS, consolidando o enfoque das RAS no Ceará (PROEXMAES II, 2017; Helena, 2019; Ceará, 2009).

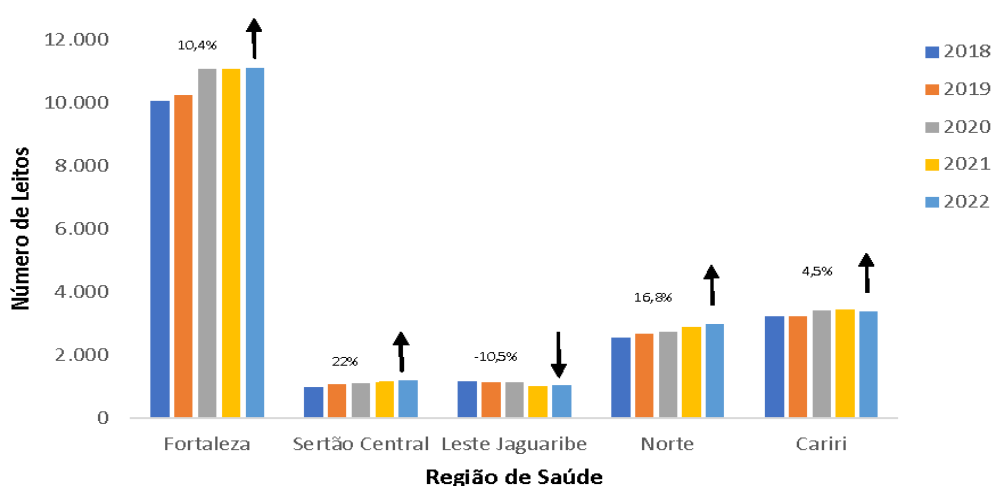
Além do PROEXMAES, a pandemia COVID-19¹² demarca um importante cenário no que tange à ampliação da oferta nas regiões de saúde, especialmente no aumento do número de leitos de urgência. A baixa capacidade de oferta de leitos hospitalares no interior do estado e a fragilidade dos nossos sistemas de regulação contribuíram para um aumento expressivo dos óbitos causados pela doença.

No Ceará, entre os anos de 2018 e 2020, registrou-se um aumento de 1.883 leitos em todo o Estado. Só na Região de Fortaleza foi registrado o aumento de 1.077

¹²A pandemia de COVID-19 foi declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, pelo Ministério da Saúde, destaca-se pela rapidez de disseminação, dificuldade para contenção e gravidade. A transmissão do SARS-CoV-2 acontece de uma pessoa doente para outra por meio de gotículas respiratórias eliminadas ao tossir, espirrar ou falar, por meio de contato direto ou próximo, especialmente através das mãos não higienizadas e pelo contato com objetos ou superfícies contaminada. (Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/orientacoes-para-manejo-de-pacientes-com-covid-19/view>)

leitos a mais inseridos na sua rede de atenção, com percentual de incremento de 10,4%. A Região Norte registrou aumento de 436 leitos, com incremento de 16,8%. A Região do Sertão Central obteve aumento de 221 leitos na sua rede, com o maior percentual de incremento registrado (22%), e a Região do Cariri registrou o aumento de 149 leitos inseridos na sua rede de atenção (incremento de 4,5%). Ressalta-se que a Região Leste Jaguaribe registrou um incremento negativo, ou seja, diminuição do número de leitos entre os anos analisados (-10,5%).

Gráfico 1– Número de Leitos por Região de saúde, segundo anos de 2018 a 2022, Ceará, 2022.



Fonte: Datasus. Extraído em: 20/11/2022.

A pandemia de COVID-19 acelerou o processo de ampliação da oferta da atenção hospitalar nas Regiões de Saúde. Entretanto, após a pandemia, os gestores da regulação relatam que a ausência de recursos apoiados pelo MS impeliu os estados e municípios a assumir os custos da manutenção dos leitos hospitalares descentralizados em relação à COVID-19, o que justifica a diminuição de leitos na Região Leste Jaguaribe. Ressalta-se que, até o período de análise deste estudo, não havia sido implantado o Hospital Regional em seu território.

A gente ampliou a oferta na pandemia, mas foi exclusivamente para Covid-19, depois que acabou com o Covid, teoricamente, principalmente, os recursos do MS, não tem mais. desde 31 de dezembro e tudo está sendo financiado pelo Estado, pelos municípios, em relação ao Covid. Então, isso teve um impacto muito forte nos serviços de saúde (Regional, E5).

Então foi ampliado leito de UTI, tanto adulto, como pediatria. Teve ampliação de UTI NEO, eram sete foi completamente dobrada. No Hospital, oito em

outro, tinha mais dez leitos de UTI NEO. UTI PED, também foram abertos mais dez leitos, leitos clínicos-cirúrgicos teve uma ampliação também significativa (Regional, 07).

Na Tabela 4, apresentamos uma análise das confirmações de vagas das CRER's e das solicitações de transferência das regiões de saúde, ficando perceptível que, entre os anos de 2020 e 2022, a maior parte do número de solicitações de transferências de leitos de urgência para a CRERSUL provém da Região do Cariri (n=88.643). Desses, mais da metade (64,9%) são da Região do Cariri, seguidos pela Região de Sobral (40%), Região de Fortaleza (10,6%) e Região do Sertão Central (4,4%). Não houve vaga confirmada para a Região do Leste Jaguaribe. Ressalta-se que o número total de vagas solicitadas para a CRERSUL foi de 88.745.

Na CRERFOR, embora a maior proporção de vagas confirmadas esteja na Região de Fortaleza (62,4%), é perceptível uma expressiva confirmação de vagas nas Regiões do Sertão Central (54,3%) e Região do Leste Jaguaribe (22%), indicando que a ausência da oferta de leitos de urgência nessas regiões impacta diretamente na persistência da centralização do fluxo de acesso desse serviço na capital cearense. O número total de vagas solicitadas para a CRERFOR foi de 362.913.

Já na CRERNORTE, a maior proporção registrada é na Região de Sobral (71,9%), considerando o maior número de vagas confirmadas (n=129.269). O número total de vagas solicitadas para a CRERNORTE foi de 179.854.

Tabela 4 – Solicitação de transferência e vagas confirmadas à Central de regulação de leitos de urgência do CARIRI, FORTALEZA, SOBRAL, 2020, 2021 e 2023.

CRERSUL – CARIRI									
	2020		2021		2022		-	-	
Regiões de saúde	Solicit	Confir	Solicit	Confir	Solicit	Confir	Total Solic	Total Confir	%*
Fortaleza	14	2	19	2	14	1	47	5	10,6
Cariri	14.176	9.924	36.383	23.508	38.084	24.175	88.643	57.607	64,9
Sobral	1	2	3	0	1	0	5	2	40
Leste Jaguaribe	1	0	0	0	4	0	5	0	0
Sertão Central	1	0	19	2	25	0	45	2	4,4
CRERFOR – FORTALEZA									
	2020		2021		2022		-	-	
Regiões de saúde	Solicit	Confir	Solicit	Confir	Solicit	Confir	Total solic	Total Confir	%*
Fortaleza	36.635	23.035	105.647	70.428	108.727	63.322	251.009	156.785	62,4
Cariri	775	85	1.456	167	1.201	92	3.432	344	10,0

Sobral	752	59	2014	105	3.077	89	5.843	253	4,32
Leste Jaguaribe	6.553	739	17.831	3.807	21.998	5.660	46.382	10.206	22,0
Sertão Central	8.551	4.856	22.869	13.428	24.827	12.295	56.247	30.579	54,3
CRERNORTE-SOBRAL									
	2020		2021		2022		-	-	
Regiões de saúde	Solicit	Confir	Solicit	Confir	Solicit	Confir	Total solic	Total Confir	%*
Fortaleza	13	1	23	1	34	5	70	7	10
Cariri	1	0	2	0	3	0	6	0	0
Sobral	30.031	23.610	73.693	54.695	76.042	50.964	179.766	129.269	71,9
Leste Jaguaribe	0	0	1	1	0	0	1	1	100
Sertão Central	0	0	5	0	6	0	11	0	0

*numerador: total de vagas confirmadas/denominador: total de solicitação de transferência
 Fonte: *Fastmedic*. Extraído em: 20/11/2023.

As regiões de saúde que apresentaram menor capacidade de resolver (vagas confirmadas de leitos de urgência) suas demandas no próprio território foram a Região de Saúde Leste Jaguaribe e o Sertão Central, que precisaram recorrer às vagas em outras regionais de saúde. Essas regiões, além de não terem uma central de regulação regionalizada, também possuem o menor número de capacidade instalada, ou seja, baixo acesso potencial, devido à presença de fatores capacitantes¹³ (indisponibilidade de serviços de saúde em sua rede regional).¹⁴

As outras duas regiões, elas não têm unidade descentralizada dentro da sua Superintendência de Regulação, a Central do Estado, que regula tanto para o Litoral Leste quanto regula para o Sertão Central. Então, a região Norte a gente tem uma central de regulação que é integrada à central estadual, certo? e aí a gente faz regulação eletiva (Regional, E4).

Embora seja perceptível a expansão da oferta por meio do aumento do número de leitos, a ausência de recursos financeiros direcionados para o custeio dos dispositivos regionais inviabiliza a continuidade do processo de descentralização das CRER's para as cinco regiões de saúde, tornando-o oneroso para o estado

Nesse momento não está sendo mais uma prioridade, porque se viu que se conformou dessa forma, mas eu acho que vai acabar sendo uma consequência [...] deixou de ter esse recurso que era através do BID, mas também a gente achou que realmente ia ser um custo muito grande para depois, porque não é simplesmente construir e implantar (Estado, E1).

¹³Fatores capacitantes individuais – são aqueles que devem estar presentes para que a utilização dos serviços se realize, tais como instalações, equipamentos, profissionais de saúde, renda, meios de locomoção, tempo e informações necessárias para chegar aos serviços de saúde (Travassos; Castro, *apud* Giovanella *et al.*, 2012).

¹⁴No período de análise deste estudo os Hospitais regionais do Litoral Leste Jaguaribe não tinham sido implantados.

É o custeio de manter uma central 24 horas, 7 dias da semana, central de leito estava funcionando? Sim, 24 horas, 7 dias da semana, com médico, com TARM, que são os apoios do médico, cada médico fica com dois TARM, com um supervisor. Então assim, é uma equipe, um enfermeiro. É uma equipe robusta, mas pra uma um volume de pontos a serem regulados (Regional, E10).

Embora coexista uma variedade de significantes acerca dos conceitos de “acesso” e “acessibilidade”, para este objeto de análise, tendo como pano de fundo o processo de descentralização da gestão da regulação do acesso hospitalar, o conceito aqui alicerçado é aquele em que o acesso intermedeia a relação entre a procura e a entrada nos serviços de saúde, sendo constituído pela possibilidade de oferta que pode facilitar ou obstruir a utilização desses serviços (Travassos; Castro, p. 185, 2012). Dessa forma, características sociais, demográficas, culturais, bem como a organização dos sistemas de saúde e a disponibilidade dos serviços de saúde são fatores que podem influenciar essa relação.

Andersan (1995) aponta que o conceito multidimensional de acesso é composto por dois elementos: "acesso potencial" e "acesso realizado". O acesso potencial caracteriza-se pela presença, no âmbito dos indivíduos, de fatores capacitantes para o uso de serviços, enquanto o acesso realizado representa a utilização efetiva desses serviços, sendo influenciado por fatores além dos que explicam o acesso potencial.

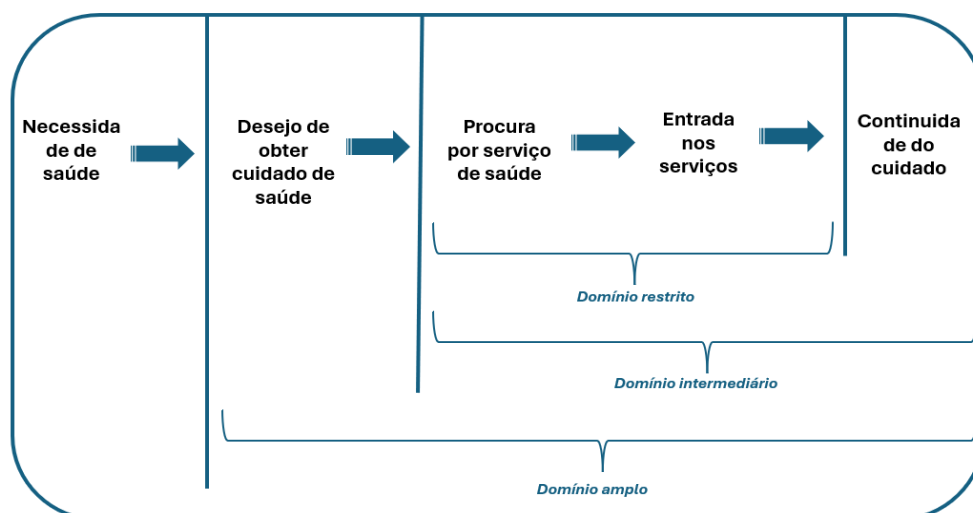
Nesse sentido, a disponibilidade (oferta) dos serviços de saúde no âmbito regional pode possibilitar uma maior utilização desses serviços (atendimento, exames, procedimentos). A oferta precisa estar em constante equilíbrio com as necessidades de saúde territoriais; tal desequilíbrio pode resultar em ineficiência dos sistemas de saúde.

A necessidade de saúde percebida pelo indivíduo acarreta o desejo de obter cuidados, o que poderá implicar ou não a decisão de procurar serviços de saúde para atendimento. Essa busca se constitui em uma demanda por serviços de saúde e, para sua realização, depende da disponibilidade de recursos para produzir serviços adequados ao atendimento das necessidades de saúde do indivíduo.

Frenk (*apud* Travassos; Castro, 2012), adota essa abordagem para classificar a acessibilidade em três tipos: O domínio restrito, caracterizado pela procura e utilização dos serviços de saúde, ou seja, a entrada nos serviços. Nesse âmbito, os fatores que influenciam a acessibilidade são aqueles que podem facilitar ou dificultar a utilização dos serviços. O domínio intermediário, além da entrada no

serviço, inclui a continuidade do cuidado, e o domínio amplo, que considera também o desejo de obtenção de cuidados pelos usuários. Nesse caso, a dimensão da acessibilidade deve contemplar as crenças sobre saúde, o nível de confiança no sistema de saúde, entre outros fatores (Figura 3).

Figura 4 – Fluxo de eventos entre necessidade de saúde e obtenção de cuidado de saúde.



Fonte: Traduzido e adaptado de Frenk (1992).

Nesse sentido, a expansão da oferta de leitos hospitalares nos últimos anos no Ceará apresenta uma redução dos vazios assistenciais nas regiões. Tal cenário ampliou o acesso potencial no âmbito regional e possibilita aos usuários o desejo de cuidado e a procura pelos serviços de saúde. Além disso, ao analisarmos as confirmações de vagas das centrais de regulação e as solicitações de transferência das regiões de saúde, fica perceptível que as regiões que obtêm CRER's implantadas tendem a utilizar os serviços de saúde (leitos) com a própria população da região de saúde, ampliando a capacidade de acesso realizado no território regional.

Os resultados apresentam ainda que a expansão dos leitos hospitalares no território regional, associada ao aumento significativo de solicitações realizadas e resolvidas nas próprias regiões de origem solicitante, pode representar uma maior resolubilidade da atenção hospitalar no que tange às necessidades de leitos de urgência, caracterizando a ampliação do acesso e, conseqüentemente, minimizando as iniquidades de acesso.

O conceito de resolubilidade é polissêmico e está associado à capacidade de resolver a maior parte das demandas sem precisar encaminhá-las para outro nível

de saúde. Mirkoev e Kene (2017) correlacionam a concepção de resolubilidade à experiência das pessoas, em como os sistemas de saúde atendem às suas expectativas, no que tange a: dignidade, autonomia, confidencialidade, pronto atendimento, qualidade das amenidades, acesso a redes de apoio social e escolha do prestador de serviço.

No âmbito da APS, o termo é bastante difundido. Alguns autores sugerem que o conceito seja substituído pelo de efetividade, para facilitar o diálogo internacionalmente, além de considerar determinantes e condicionantes em saúde que possam influenciar a APS (Chaves; Sherer; Conill, 2023). Em uma perspectiva mais ampla (serviços regionais), estudos apontam que a materialização da gestão do acesso só é possível a partir da oferta de ações e serviços de saúde adequados, tanto qualitativa quanto quantitativamente (Balderrama *et al.*, 2019). Ou seja, além da expansão da oferta de serviços de saúde, é necessário também qualificar o cuidado para definir se os serviços estão sendo capazes de resolver as demandas de saúde ou não.

Nesse sentido, o espaço da regulação do acesso, enquanto sistema de apoio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), não é capaz sozinho de definir a resolubilidade regional em torno do cuidado em saúde. Seu limite de alcance está em ser capaz de ofertar acesso (no caso dos leitos de urgência) quando for demandado pelos serviços de saúde do território regional. A avaliação da resolubilidade regional deveria contar com outros elementos necessários, tais como a qualificação da assistência durante o período de internação, a qualidade nos critérios de risco de priorização, protocolos acessíveis para o usuário e profissional, entre outros.

A capacidade de oferta de acesso aos serviços de saúde regionalizados é induzida pela lógica da regionalização da saúde, definida em planejamento regional e materializada enquanto estratégia eficaz de economia de escala na saúde, conforme o conceito de Mendes (2011, p. 118).

...a economia de escala é um dos fundamentos para a organização efetiva, eficiente e com qualidade das RAS. Na prática, isso significa que quanto maior a escala de produção e prestação de serviços de saúde, menores serão os custos unitários e maiores serão as possibilidades de oferta de serviços e recursos à população. De acordo com este autor, a economia de escala nas RAS pode ser alcançada por meio da integração de serviços e processos, a fim de reduzir custos e aumentar a eficiência no uso de recursos. Isso pode envolver, por exemplo, a consolidação de unidades de saúde em uma mesma região, a implantação de sistemas integrados de gestão e a centralização de compras e contratações.

Para Oliveira, Fracoli e Silva (2023), a economia de escala também pode permitir a ampliação do acesso a serviços de saúde, principalmente em regiões com menor oferta de recursos. Nesse sentido, os dados demonstram que a expansão da oferta da atenção hospitalar por meio do PROEXMAES e a gestão da regulação do acesso no território regional representam uma estratégia com maior eficiência de recursos, além de uma organização dos serviços de saúde com fluxos mais acessíveis para a população nos territórios regionais.

Shimizu *et al.* (2022) retratam os desafios para prover o acesso a serviços de média e alta complexidade nas regiões de saúde. O estudo aponta que diversas regiões possuem dificuldade para conseguir leitos hospitalares, devido ao baixo número de hospitais de médio e grande porte, que estão, em sua maioria, localizados nas capitais ou nas proximidades delas, apontando as contribuições significativas dos hospitais filantrópicos na constituição do sistema regional de saúde.

A insuficiência de recursos é um problema estrutural para o SUS e dificulta o planejamento regional para a organização das RAS. A baixa participação dos Estados no financiamento e os recursos estaduais, em muitos cenários, não têm sido pactuados com os gestores municipais. Essa conjuntura se agrava com iniciativas recentes que congelaram os gastos públicos federais por duas décadas, tornando inviável o planejamento regional e a programação regional (Tofani, 2021)

Duarte *et al.* (2018) apontam que o uso dos recursos financeiros transferidos pela União para os entes subnacionais, ao longo da década de 1990, se embrenha no processo de regionalização do SUS, especialmente após o Decreto nº 7.508, com o protagonismo assumido pela Rede de Atenção à Saúde (RAS). Entretanto, grande parte do montante disponibilizado às estratégias vinculadas às redes temáticas foi direcionada ao Bloco MAC.

Ou seja, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e os sistemas de governança não recebem a maior parte desses recursos, sendo priorizados os gastos para o uso de procedimentos de média e alta complexidade. Esses eixos transversais são essenciais para a estrutura operacional da RAS e, sobretudo, para a manutenção de sistemas de saúde com base regional. Assim, torna-se necessário superar o crônico e grave subfinanciamento para melhorar a infraestrutura dos sistemas de regulação do acesso regionalizados.

Essa conjuntura pode representar uma barreira na consolidação das RAS, bem como na oferta dos serviços regionalizados. Afinal, quem arca com os custos dos

serviços de saúde regionais? Tal situação dialoga diretamente com as informações apontadas pelos gestores da regulação, uma vez que a descentralização das outras CRER's foi comprometida pela insuficiência de recursos, embora a resolubilidade regional seja evidenciada quando a gestão das CRER's está no território regional.

Essa lacuna de responsabilidade financeira no espaço regional corrobora na construção de novos arranjos de gestão, como, por exemplo, os consórcios intermunicipais de saúde (CIS), que representam uma associação entre municípios que pactuam regras para assegurar ações e serviços de saúde mediante a utilização de recursos materiais e humanos disponíveis para suas populações. Os CIS promovem um comportamento indutor da gestão estadual com apoio técnico e financeiro para dispositivos regionais de saúde, além de ampliar a oferta de atenção especializada no âmbito regional.

Estudos apontam que, quando a gestão estadual apoia tecnicamente e financeiramente os municípios na constituição de mecanismos institucionais de cooperação, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), isso favorece os processos de regionalização e, conseqüentemente, fortalece a resolubilidade nas regiões de saúde. No Ceará, o estado garante apoio financeiro para o funcionamento dos consórcios públicos de saúde, destinando repasses de custeio para a gestão das Policlínicas Regionais e dos Centros Especializados de Odontologia (CEO) (Mendonça, 2022).

No contexto cearense, os instrumentos contratuais ajustaram a distribuição dos encargos financeiros. A conta dos serviços especializados, operados pelas Policlínicas e pelos CEO, foi compartilhada entre os municípios e o governo estadual. Já os serviços prestados pelos Hospitais Regionais e pelas UPA's estaduais, localizadas em Fortaleza, foram assumidos integralmente pelo governo estadual, por meio da SESA, utilizando recursos próprios e do SUS. Nos contratos de gestão, o maior aporte financeiro é efetuado pelo estado, por meio de recursos do tesouro estadual (Goya, 2016).

Cabe ressaltar que, para a consolidação de uma RAS efetiva, é necessária a subordinação de todos os prestadores de serviços ao processo de gestão compartilhada regional, sejam eles vinculados ao CIS ou a outros arranjos de gestão. Essa coordenação única deve contemplar processos integrados de regulação, monitoramento e avaliação.

Nesse sentido, considera-se que o deslocamento da gestão da regulação do acesso no território regional aumenta a capacidade das regiões de saúde em ofertar cuidados mais acessíveis aos usuários. Porém, apenas a expansão da oferta de serviços na região de saúde não garante, por si só, a resolubilidade regional.

6.4 O impacto dos sistemas logísticos e apoio nas Centrais de Regulação Regionalizadas: o que é necessário para a regulação do acesso regional acontecer?

A capacidade de um sistema de saúde regionalizado em apresentar respostas satisfatórias aos usuários em busca de acesso não se restringe apenas à expansão da oferta de serviços. É necessário um forte investimento em sistemas logísticos e de apoio que possibilitem o alcance da resolubilidade regional, isto é, a capacidade da região de saúde de resolver a maior parte das suas necessidades de saúde de forma eficiente.

A resolubilidade/resolutividade refere-se à a capacidade de promover uma solução para os problemas dos usuários do serviço de saúde de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-os para onde suas necessidades possam ser atendidas conforme o nível de complexidade (BRASIL, 2012).

No âmbito das CRER's, a implantação de um novo sistema operacional de regulação – *Fast medic* – demarca um importante mudança nos processos regulatórios nas regiões de saúde. Esse sistema é responsável pela operabilidade dos fluxos de acesso a serem seguidos, programação dos prestadores, pactuação das ofertas e necessidades, organização de agendas, controle de filas, regulação do acesso aos serviços, autorização de execução, auditoria dos serviços realizados e controle do pagamento destes serviços, dentre outros.

Então, hoje é tudo no sistema *Fast medic*, que é o sistema que o Estado adotou para a regulação. Então, tudo é no sistema e isso foi um avanço e foi um trabalho bastante árduo. A gente trabalhou um ano para implantar nesse programa, que tinha um outro, que era o UNISUS, do Ministério da Saúde. E a gente começou a adotar isso, porque vários estados já estão adotando. Então nós trabalhamos um ano com capacitação [Regional, E5].

A implantação do *Fast medic* é considerada um avanço para os gestores da regulação de abrangência regional, especialmente por fomentar uma operabilidade

acessível, autônoma e integrada a partir de uma visão ampla da rede assistencial dentro das regiões de saúde.

Em relação à operacionalização do sistema, ele é um "call center". Tanto faz eu estar aqui em Fortaleza, no Cariri, eu acesso no meu celular, enfim, né? [...]tanto faz a equipe tá aqui, a equipe tá lá [Regional, E5].

Por outro lado, para os gestores da regulação regional a mudança do antigo sistema (UNISUS) para o *Fast medic* reverberou em dificuldades na operabilidade, relatando se sentirem mais habituados com o UNISUS, o que impacta a morosidade dos processos de regulatórios do acesso.

E assim, teve a mudança de sistema, a gente migrou do UNISUS para o Fastmedic e eu confesso para você que o Fastmedic não é tão legal pra isso, sabe? Ele não é simples, ele é bem chatinho, na verdade. Então assim, isso dificultou um pouco. A gente já está habituado a usar e tudo mais. Mas assim, quando começou, foi bem, bem complicado, é um sistema muito completo, mas bem complexo. Qualquer coisa trava, qualquer coisa cancela, ficava ligando para a central, tentar pedir ajuda. Então isso dificulta um pouco, sabe? [Município, E6].

As superintendências regionais desenvolveram um papel central no processo de implantação do *Fast medic*, sendo responsáveis pela capacitação e pela comunicação com a Central de regulação do Estado para solicitação do *login* e senha dos municípios e seus respectivos estabelecimentos de saúde.

Tudo é no sistema e isso foi um avanço, a gente trabalhou um ano para implantar esse programa, que tinha um outro, que era o UNISUS, que era do Ministério da Saúde. E a gente começou a adotar esse, porque vários estados já estão adotando. Então nós trabalhamos um ano com capacitação [...] e foi um trabalho bastante árduo [Regional, E4].

O suporte técnico se tornou mais próximo [...] Ai, por que que eu não estou conseguindo fazer isso?" ou login errado. Porque até isso eu tinha que mandar ofício para destravar, porque ia para Fortaleza, e tal...A gente tinha que usar senha do colega... então assim, era bem moroso. Agora não tem, tem a pessoa, o técnico direto, na central. Então é bem rapidinho, resolve [Município, E6].

A comunicação para os operadores de leitos na central de regulação é imprescindível para um processo regulatório eficaz, ágil e oportuno, especialmente nas CRER's, uma vez que é preciso ter conhecimento amplo do perfil de todos os estabelecimentos, inseridos na região de saúde, para uma melhor agilidade na transferência dos pacientes.

[...] Nesse tempo de regulação, ele necessita muito de operacional de imediato. Pessoas que estejam ali com aquele olhar direto para aquele paciente, para que eu não perca o tempo de ida, do perfil de atualização, do perfil de retorno, do perfil...hoje eu penso que o maior desafio é esse. Realmente eu ter essa agilidade no processo operacional(Regional, E3).

Nesse contexto, os gestores relatam a utilização de redes sociais (*WhatsApp*®) como ferramentas estratégicas para comunicação acerca da atualização sobre a disponibilidade de vagas de leitos.

A gente tem uma rotina de trabalho, todo dia, todo dia a gente solicita as ofertas dos estabelecimentos polo e do ISGH. Porque os demais, a gente vai lá. E a equipe é pequena e a gente não dá conta. Então a gente pede, porque também, como eles recebem recursos do Estado, a gente tem que fazer esse monitoramento [Regional, E5].

A utilização do *WhatsApp*® impactou em uma nova rotina de trabalho entre os operadores municipais e regionais, na qual cotidianamente é listado o número de leitos disponíveis para transferência. Essa comunicação aproxima a relação dos profissionais da regulação das CRER's com os profissionais da regulação municipal, e, por vezes, assume uma postura matriciadora, ou seja, médico regulador solicita maior detalhamento do quadro clínico do paciente, o que pode resultar em alterações na descrição do perfil no sistema *Fast medic* e, conseqüentemente, mudança na fila de espera do paciente.

[...] Então a gente tem esse laço pela manhã (lista de leitos vagos compartilhados no *WhatsApp*®, a gente já anota, tem tantos leitos livres, tanto de pediatria e de obstetrícia, a gente manda cedinho. Então assim, a gente já tem essa proximidade ou então se elas observaram, “Ah, mas isso aqui tá errado”, eles ligam pra gente, “Olha, isso aqui tá errado. É isso mesmo?”, entendeu? ou então “Há mas aconteceu isso... Como é que a gente faz?” E aqui a mesma forma, se eu preciso resolver uma coisa com elas, “O médico pegou Covid, e aí? tem como me ajudar?”, Ai, elas vão, falam com o médico de lá, entendeu? Resolve. A gente tenta ganhar tempo...então assim, a gente se tornou bem mais próximo (Município, E6).

Entretanto, é importante ter cautela na tomada de decisão pautada apenas na ferramenta tecnológica, dado que pode conter informações descritas de forma não fidedignas ou desatualizadas do quadro clínico atual do usuário, levando há uma maior morosidade nas filas de esperas.

[...] E a escrita do sistema é uma outra falha, que é uma falha nossa. Eu bato muito nessa tecla também, que muitas vezes está diferente demais da realidade. Intensivista da UTI pede aqui do Crato, mandou até pra mim umas fotos, umas mensagens ou essa criança aqui que estava gravíssimo. Duas, que chegaram no mesmo dia, eu liberei a vaga, mas “Oh! chegaram aqui mamando no peito da mãe, nenhuma com indicação de UTI, todos em ambientes sem nenhuma necessidade”. Então são só algumas das dificuldades que a gente tem. Mas o principal é **comunicação** mesmo, é uma coisa básica (Regional, E7).

Silvia *et al. apud* Silvia (2014) foi diretivo ao afirmar que processos de mudanças não tem geração espontânea; é preciso o estímulo de surgimento de “inteligências locais e regionais”, com estratégias viáveis e factíveis e domínio de método e técnica, tais como: investimento em capacitação técnica e processos educacionais, apoio logístico a redes, tais como equipamento de informática (conectividade) e sistemas (aplicativos), mecanismos de identificação do usuário, protocolos, padrões mínimos para realização de contratualizações, etc.

A necessidade da utilização de sistemas tecnológicos de informação é essencial para o planejamento, gerenciamento e execução dos serviços de saúde, otimizando a utilização dos recursos e o controle dos fluxos assistenciais (Brasil, 2006b). As TIC constituem potentes estratégias de resolubilidade, seja para gerenciar a demanda existente ou para dar maior dinamicidade aos processos necessários de informação e comunicação no manejo de um paciente entre um município e outro.

As TIC são recursos capazes de produzir, armazenar, transmitir e garantir a segurança e o acesso a informações. Schmeil (2013) afirma que a saúde e as TIC estão cada vez mais presentes no cotidiano, nos diversos domínios de conhecimento da sociedade atual. O autor aponta três grandes grupos da infraestrutura das TIC, voltados para o domínio da saúde, denominados de “capacidade”: I) processar – transformar dados, imagens e voz, atuar em mecanismos que operam mudanças de estados, sensores e atuadores; II) armazenar – persistir, manter e recuperar dados, imagens e voz; e III) comunicar – transportar de um ponto ao outro o processado e o armazenado.

Mendonça (2014) aponta ainda que as TIC viabilizam a capacidade de refletir sobre os conteúdos das mensagens produzidas pelos grupos em rede e para rede, apoiando a essência fundamental da circulação de informações para o funcionamento dos serviços de atenção à saúde. O uso de TIC nos serviços de saúde é apontado como estratégia potencial para o enfrentamento das iniquidades de acesso nas regiões de saúde, como, por exemplo, o telessaúde, que traz contribuição relevante para a diminuição nas filas de espera em algumas especialidades em vários estados do Brasil (Silva *et al.*, 2021; Sarti; Almeida, 2022; Thumé; Nedel; Bendel, 2019).

Especialmente no cenário da regulação dos leitos, já que são serviços de alto custo e, portanto, escassos nas regiões de saúde, as TIC exigem uma intensa rede de comunicação entre os médicos reguladores e os especialistas clínicos para

uma adequada caracterização do perfil do paciente e, conseqüentemente, uma priorização oportuna e assertiva, evitando iniquidades de acesso.

Os gestores relataram que a implantação do sistema *Fast medic* e a utilização das redes sociais (*WhatsApp*®) são ferramentas tecnológicas que contribuem para processos regulatórios mais fluidos e ágeis, oportunizando a transferência do paciente na hora e no tempo certo. A inserção na rotina de trabalho dos profissionais da regulação em compartilhar os leitos disponíveis no grupo de *WhatsApp*® cotidianamente muniu os médicos reguladores de informações acerca dos leitos disponíveis antes mesmo de estarem presentes no sistema de regulação, caracterizando uma comunicação menos burocrática e mais acessível.

Tais ferramentas de comunicação também são reconhecidas por outros estudos, como o realizado no estado do Rio Grande do Norte, onde se aponta que as TIC poderiam ser mais exploradas, visando o estreitamento de relações com o usuário e uma maior eficiência, facilidade e comodidade na prestação de serviços, ou até mesmo como um canal de ouvidoria ao cidadão (Aquino, 2022).

De modo geral, a mudança do sistema de regulação para o *Fast medic* é demarcada como uma melhoria para a operabilidade da regulação do acesso. Entretanto, é apontado também pelos gestores situações de “travamento” ou “cancelamento” na operabilidade do sistema, sendo necessários investimentos em condições adequadas de infraestrutura para a incorporação dessas tecnologias.

Em um estudo realizado no Rio de Janeiro (Silvia Junior *et al.*, 2022), os resultados apontam que os problemas relacionados à conectividade, instabilidade e/ou lentidão do próprio sistema de regulação impactam diretamente no processo de trabalho dos médicos reguladores, sendo necessária uma infraestrutura de informática adequada para a realização das atividades de regulação.

Bender (2024), ao analisar a utilização das TIC na APS nas cinco regiões do país (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), constatou que ainda existem muitas realidades de serviços públicos de saúde que não são capazes de sustentar programas e tecnologias de informação. Os resultados apresentaram que as regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul foram as que mais utilizaram TIC no apoio à prática clínica e à educação permanente.

A alta concentração de recursos tecnológicos em algumas regiões (especialmente as metropolitanas ou sedes de capitais) demarca desigualdades inter e intrarregionais, somadas à escassez de profissionais, tecnologias e capacidade de

investimento, além da diversidade socio-espacial de alguns territórios, como no caso dos estados da região Norte (Lima *et al.*, 2012).

Por outro lado, embora a utilização das tecnologias nos processos regulatórios seja essencial para a efetivação do acesso e do cuidado integral do usuário, especialmente no enfrentamento de barreiras de acesso geográfico no território regional, não se deve descartar o contato relacional entre os profissionais (regulação profissional) que operam o sistema nos níveis regional e municipal. Esse modelo induz a uma regulação viva, em que os critérios de priorização das filas são pautados também na experiência clínica do profissional, na compreensão das características dos prestadores de serviços e no enfrentamento das iniquidades de acesso no território regional.

Nesse sentido, a incorporação da estratégia de grupos e mensagens em aplicativos, para além do uso do sistema *Fast medic*, produz mudanças na dinâmica e nos tempos do processo regulatório, tornando-o mais ágil, aproximando os profissionais da regulação e oportunizando a troca de experiências entre eles, o que torna a regulação mais viva.

Entretanto, é importante ressaltar que o uso dessa ferramenta apresenta fragilidades, que muitas vezes podem limitar-se apenas a informar o número de leitos rotineiramente, sem possibilitar uma verdadeira troca de experiências.

Outra perspectiva desvelada neste estudo, como elemento fundamental para o alcance da regulação do acesso regional, foi o papel da regulação dos transportes de pacientes realizada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

O SAMU é um componente da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), assim como a promoção, prevenção e vigilância à saúde; atenção básica; sala de estabilização; Força Nacional de Saúde; Unidade de Pronto Atendimento (UPA); hospital e atenção domiciliar. Tem como objetivo articular e integrar os equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso dos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna, contando com os seguintes componentes (Brasil, 2011).

Atualmente, o Ceará conta com três Centrais de Regulação de Urgência (CRU): a CRU Eusébio, regulando as Regiões de Saúde de Fortaleza, Litoral Leste/Jaguaribe e Sertão Central; a CRU Juazeiro do Norte, que regula a Região de Saúde do Cariri; e a CRU Sobral, atendendo à Região de Saúde de Sobral. Ao todo,

são 121 Bases de Apoio e 167 unidades móveis, sendo três de resgate aeromédico, 30 Unidades de Suporte Avançado (USAs), 131 Unidades de Suporte Básico (USBs) e três motolâncias.

Para os gestores da regulação das CRERs, a regionalização das CRU fortaleceu o processo de descentralização das CRERs, sendo imprescindíveis os serviços de atendimento móvel para as transferências adequadas de pacientes entre unidades hospitalares, especialmente no período da pandemia de COVID-19, quando os municípios não dispunham de ambulâncias para o transporte de pacientes graves.

Então, quando nós tivemos a nossa primeira onda, a segunda onda, a terceira onda que a gente precisou internar muitas pessoas com problemas na UTI, se viu a necessidade de urgentemente abrir pontos do SAMU, porque os municípios não tinham ambulância UTI, não existia SAMU no local, os pacientes não podiam ser transferidos entubados [Regional, E4].

O processo de regionalização do SAMU caminhou de forma mais branda do que a regionalização dos serviços hospitalares. Essa conjuntura é caracterizada principalmente pela ausência do estado no custeio dos equipamentos móveis. Essa lacuna tornou-se mais evidente durante o período da pandemia, tensionando o estado a apoiar a ampliação da cobertura, com a possibilidade de atender todas as regiões de saúde do Ceará.

Um estudo realizado na Bahia aponta que, quando a Central de Regulação do SAMU não se articula com a estrutura administrativa regional e municipal, tendo sua base centralizada, fomenta um cenário potencial para desorganizar os acordos e parcerias econômicas existentes no sistema de saúde local, privilegiando os interesses de prestadores privados na regulação do acesso nos sistemas locorregionais (Tofani *et al.*, 2023).

Por outro lado, embora a ampliação da oferta do SAMU seja importante para cobrir as necessidades de serviços móveis de urgência e emergência na regulação regional, concordamos com Malvestio (2024), que afirma que a simples distribuição de mais recursos móveis não soluciona os desafios de acesso relacionados ao transporte dos pacientes, podendo estes estar ligados a comportamentos operacionais ineficientes. Conforme apresenta o Quadro 5.

Quadro 5 – Condições que podem gerar comportamento operacional ineficiente.

Nº	CONDIÇÕES
1	Desempenho insuficiente da CRU no envio e no controle de RM, seja por baixa sistematização na tomada de decisão dos médicos reguladores, por ausência de

	supervisão das equipes ou por ausência de critérios para envio de resposta dupla e múltiplos meios.
2	Indisponibilidade ou desperdício de RM, seja por má gestão da frota ou por insuficiência e alto <i>turnover</i> de profissionais, que tornam os recursos indisponíveis, apesar de distribuídos.
3	Tempo de atendimento excessivamente longo em alto percentual de chamadas, comum em ambientes rurais e/ou de baixa densidade demográfica, nas regionalizações que envolvem múltiplos municípios ou mesmo, em decorrência da ausência de supervisão das equipes.
4	Baixa capacidade resolutiva das equipes, o que reduz a possibilidade de resolução dos atendimentos pela primeira equipe despacha, exigindo resposta em alta frequência.
5	Insuficiência ou ineficiência no regramento de captação dos dados ou ausência de regras de <i>performance</i> .
6	Ausência de políticas para lidar com serviços de desempenho persistentemente abaixo da média ou com ambulâncias paradas, reduzindo a oportunidade de minimizar ineficiências.

Fonte: Elaborado própria, a partir de Malvestio (2024).

Embora a implantação de outras CRU's no interior do estado tenha fortalecido o processo de descentralização das centrais de regulação do acesso, por outro lado, há uma fragilidade no que tange ao perfil de transporte desses pacientes, visto que o SAMU atualmente não apresenta o perfil adequado para o tipo de transporte necessário à regulação de pacientes.

[...] a central ela não inclui só o acesso, mas o transporte com segurança do paciente também [...] e tem dificuldade de transporte de paciente porque o SAMU não é com esse perfil, SAMU é outro tipo de serviço, é o de urgência e emergência, e aquele que eu preciso tirar do HGF pra mandar pra Messejana, Messejana pra mandar [Estado, E1].

O transporte inter-hospitalar tem como objetivo realizar a transferência de pacientes entre unidades não hospitalares ou hospitalares de atendimento às urgências, unidades de diagnóstico, terapêutica ou outras unidades de saúde que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves, de caráter público ou privado, e tem como principais finalidades (Brasil, 2017).

Para Travassos e Martins (2004), a acessibilidade, como um dos aspectos da oferta de serviços, refere-se à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Nesse contexto, a acessibilidade vai além da disponibilidade de oferta de leitos hospitalares, englobando também a capacidade do usuário de obter os serviços de saúde

Dentro do contexto da regulação, o SAMU se configura como um elo importante entre diferentes níveis de atenção do SUS, promovendo o acesso e a acessibilidade aos serviços de urgência hospitalar a partir do transporte dos pacientes entre os pontos de atenção.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trilha percorrida na construção deste manuscrito levou-me a não concluir no seu sentido literal de “*acabar*” ou “*terminar*”, mas sim de incluir, no mesmo sentido que o dicionário prediz: “*pôr dentro de*”, “*fazer constar de*”, “*juntar(-se) a*”, “*inserir(-se)*”. Nesse sentido, incluo no meu caminhar aqui mais alguns fragmentos de considerações acumuladas ao longo de muitas reflexões, curiosidade e interesse no mundo das coisas, em especial nas categorias temáticas que moveram minhas inquietudes: regionalização, regulação e acesso.

A perspectiva da regionalização, enquanto estratégia na concretude do acesso, tem se mostrado um caminho viável e coerente, principalmente quando se trata de descentralizar serviços de saúde em um maior espaço territorial e concentrar recursos necessários para a gestão do cuidado. Porém, esse arranjo organizacional fabrica outras demandas para as redes de atenção regionalizada, especialmente na atenção hospitalar, onde os recursos são escassos, sendo imprescindível a regulação do acesso. À medida que se amplia a oferta da atenção hospitalar para as regiões de saúde, é coerente pensar que a gestão dos processos regulatórios também possa acontecer no âmbito regional.

Nesse sentido, considera-se a descentralização das CRER’s como uma estratégia de fortalecimento da regulação do acesso, pois se apresenta como uma estratégia potencial para o alcance da resolubilidade. Entretanto, é necessário levar em consideração outros elementos da realidade cultural, social e econômica das regiões de saúde, buscando desenvolver com maior autonomia e proximidade com as demandas de transferências dos municípios que compõem a região de saúde.

Com a descentralização das CRER’s, constitui-se uma nova caracterização do fluxo da alta complexidade (leitos de urgência e emergência), onde as CRER’s assumem uma coordenação autônoma, regionalizada e garantindo os interesses da região de saúde. Um novo regime de regulação regional emerge, propiciando um acesso mais rápido e oportuno, uma vez que o médico regulador consegue priorizar e gerir a fila dentro da sua própria região de saúde.

Por outro lado, existe insatisfação dos gestores da regulação, especialmente nos municípios, no que tange às discrepâncias geográficas, demográficas e sociais que constituem o espaço territorial das regiões de saúde. Tais

discrepâncias impactam diretamente na regulação do acesso rápido e oportuno, mesmo quando se têm centrais de regulação descentralizadas.

Nessa perspectiva, sob qual lógica as atuais regiões de saúde foram constituídas no Ceará: a lógica da identidade geográfica, demográfica e social, ou da hierarquização da oferta dos serviços de saúde enquanto pré-requisito para a ordenação sanitária?

O desconhecimento do território e do perfil das unidades de saúde pelos profissionais que operam o sistema de regulação (*Fast medic*) corrobora para a construção de barreiras no acesso. Dessa forma, a proximidade e o vínculo dos profissionais que atuam nas CRER's com as unidades de saúde que compõem a região são consideradas essenciais para um acesso regional eficiente.

Embora a descentralização das CRER's seja promulgada por lei estadual, atualmente, duas regiões de saúde não implantaram o novo regime de regulação regionalizada. A situação é justificada pelos gestores pelo baixo investimento de recursos financeiros, visto que as regiões de saúde não teriam como arcar com os custos elevados necessários para a manutenção das CRER's.

O processo de governança é pontuado pelos gestores como objeto de conflito, visto que o estudo aponta uma incompreensão acerca da autonomia das CRER's em relação à central de regulação do nível central (SESA), sendo necessários constantes espaços de alinhamento acerca dessa estratégia entre os profissionais que atuam nas centrais de regulação.

Ao mesmo tempo, o processo de expansão da oferta da atenção hospitalar se desenvolve à medida que se ampliam os investimentos na regionalização do sistema estadual de saúde, o que oportuniza um aumento na disponibilidade de serviços de saúde (oferta) no interior do estado.

A resolubilidade regional se materializa à medida que a relação entre o aumento da oferta nos territórios regionais e a capacidade de gestão das filas de acesso aproxima as necessidades das regiões de saúde. Cabe ressaltar que é importante que o avanço da descentralização das CRER's seja concomitante com a expansão da oferta.

As centrais de regulação, em especial as descentralizadas, de maneira geral, ainda precisam de investimento de recursos, com sistemas de apoio e logísticos, para melhorar sua operabilidade como um todo. Manter os pontos da rede de atenção aptos para atender esse público e interligados por meio da regulação de

acesso ainda é um grande desafio para as regiões, tornando o processo de regulação, muitas vezes, denso e complexo para os profissionais de saúde, o que se tornou mais evidente no período da pandemia de COVID-19, quando se fez necessário um forte sistema de comunicação e transporte.

A fragmentação das TIC no SUS impacta diretamente na gestão do acesso em rede, que, embora seja demarcada por iniciativas essenciais, como a implantação de sistemas de regulação, prontuário eletrônico, dentre outros, não foi suficiente para superar a histórica racionalidade e fragmentação dos dispositivos informacionais.

Nesse contexto, a implantação do novo sistema operacional Fast Medic foi considerada um avanço para a gestão das filas na abrangência regional, visto que sua operabilidade é acessível, autônoma e integrada às unidades de saúde que compõem a rede regionalizada. Entretanto, faz-se necessário o treinamento permanente dos profissionais que operam o sistema, visto que os resultados do estudo apontaram complexidade no seu manuseio.

A utilização de outros meios de comunicação, como as redes sociais (*WhatsApp*), foi descrita pelos gestores da regulação. Esse espaço produz mudanças na dinâmica e nos tempos do processo regulatório, tornando-os mais ágeis, aproximando os profissionais da regulação e oportunizando a troca de experiências entre eles, tornando a regulação mais viva. Entretanto, ainda se trata de uma via informal de comunicação, o que leva ao questionamento: por que o *Fast Medic* já não apresenta essa atualização em tempo hábil?

Outro desafio apresentado pelos gestores foi a regulação do transporte dos pacientes. A expansão das CRU e a descentralização dos SAMU impactaram diretamente nos serviços de transferências intermunicipais e regionais. Entretanto, faz-se necessário investir em ambulâncias com serviços de transporte mais adequados para esse fim (transferência por solicitação da regulação do acesso).

Ressalta-se que o período da pesquisa de campo foi realizado durante a pandemia de COVID-19, o que corroborou para a limitação do trabalho de campo, como dificuldade para entrevistar todos os gestores previstos no projeto de pesquisa. Isso impactou no não alcance de um dos objetivos do projeto, que era conhecer a contratualização dos mecanismos regulatórios.

Por fim, este estudo ratifica a limitação desta pesquisa, guardadas todas as limitações de um enfoque qualitativo realizado em um contexto específico (pessoal e profissional), requerendo-se, assim, abordagens complementares para ampliar o

escopo dos resultados. Nessa direção, a análise de informações acerca da perspectiva dos usuários, bem como do seu caminhar pelas regiões de saúde, poderia trazer à tona informações relevantes que ajudariam a compreender de forma mais profunda a regulação do acesso no território regional.

REFERÊNCIAS

ALBIERI, F.A.O.; CECILIO, L.C.O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.39, n. Esp., p.184-195, Dez., 2015.

ALELUIA, I.R.S. *et al.* Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v.22, n.6, p.1845-1856, 2017.

ACIOLI, S. Redes sociais e teoria social: revendo os fundamentos do conceito. *Informação & Informação*, Londrina, v. 12, n. esp., 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/informacao/article/view/1784>. Acesso em: 22 janeiro 2023.

ALBUQUERQUE, M, V.; O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. 2013. **Tese de Doutorado** – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2013.

ALBUQUERQUE, M. S. V.; MORAIS, H. M. M.; LIMA, L. P. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1825-1834, 2015.

ALBUQUERQUE, M. V. de *et al.* Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das Comissões Intergovernamentais. **Ciência saúde coletiva [Internet]**. v. 23, n. 10, p. 3151-3161, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13032018>. Acesso em: 22 de janeiro de 2023.

ALECRIM, W.; DOBASHI, B. F. Comentários: Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 8-14, 2014.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4527-4539, 2019.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav**, v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7738325/>. Acesso em: 8 jun. 2024.

ANDRADE, Edlane Martins de. **Avaliação dos Centros de Especialidades Odontológicas Regionais gerenciados pelos Consórcios Públicos de Saúde do Ceará**. 2016. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, Recife, 2016.

ARRETCHE, M. Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma dos programas sociais. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p. 431-457, 2002.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. C. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 455-480, 2002.

AQUINO, F.S. DE SOUZA. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) aliadas à administração pública: uma abordagem acerca da informatização na esfera da Atenção Básica em Saúde na cidade de Macau/RN. 2022. 33 f. **Monografia (Graduação em Administração Pública à Distância)** - Secretaria de Educação à Distância, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2022

BARBOSA, S. V. D; BARBOSA, B. N; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. Saúde Colet.** Rio de Janeiro. v. 24, n. 1, p. 49-54, 2016.

BARCELOS, S. C. **A regionalização do acesso à saúde: facilitando fluxos ou construindo barreiras?** 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

BARATIERI, T. *et al.* Percepções de usuários atendidos em um pronto atendimento: olhar sobre a atenção primária à saúde. **Espaço para a saúde – Rev. Saúde Pública Paraná**, Londrina, v.18, n.1, p.54-63, Jul., 2017.

BARROS, C. S. Agências Reguladoras e Políticas Públicas: Marco constitucional à luz da teoria social da regulação. **Journal of Law and Regulation**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 56–77, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rdsr/article/view/37945>. Acesso em: 29 set. 2024.

BENDER, J.D, FACCHINI, L.A, LAPÃO, L.M.V, TOMASI, E, THUMÉ, E. O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, de 2014 a 2018. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. 2024;29(1):e19882022. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.19882022>

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção à Urgências no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; 7 jul.

BERTUSSI, D.C. *et al.* Arranjos regulatórios como dispositivos para o cuidado compartilhado em saúde. *In*: FEUERWERKER, L.C.M.; BERTUSSI, D.C.; MERHY, E.E. (Orgs.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1.ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. v.2, p.354-364.

BLUMENTHAL, D.; COLLINS, S. R.; FOWLER, E. The Affordable Care Act at 10 years: What's the effect on coverage and access? **Commonwealth Fund**. Disponível em: [<https://www.commonwealthfund.org/publications/journal-article/2020/feb/aca-10-years-what-effect-coverage-access>]. Acesso em: 8 jun. 2024.

BORSATO, G. F.; CARVALHO, G. B. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 4. p. 1275-1288, 2022.

BASTOS, L.B.R.; BARBOSA, M.A.; ROSSO, C.F.W.; OLIVEIRA, L.M. de A.C.; FERREIRA, I.P., BASTOS, D.A. de S. et al.. Practices and challenges on coordinating the Brazilian Unified Health System. **Rev Saúde Pública** [Internet]. 2020;54:25. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>

BOSI, M. L. M.; PONTES, R. J. S.; VASCONCELOS, S. M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Revista de Saúde Pública** (USP. Impresso), v. 44, p. 318-324, 2010.

Bosi MLM, Gastaldo D, organizadoras. Tópicos Avançados em Pesquisa Qualitativa em Saúde: fundamentos teórico-metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2021

BOSI, M. L.; MERCADO-MARTINEZ, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**, Brasília: CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão compartilhada do sus**: a importância da pactuação para efetividade do direito constitucional da saúde. Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.214, de 31 de agosto de 2017. Regulamenta a aplicação de recursos por programação para aquisição de Ambulância de Transporte Tipo A. Diário Oficial da União, Brasília, n. 169, p. 139, 01 set. 2017. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2-214-de-31-de-agosto-de-2017-19271499>. Acesso em: 31 mai. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, p. 88, 31 dez. 2010. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/24023258/pg-88-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-31-12-2010>. Acesso em: 22 de janeiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada.

Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em:

<http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso em: 02 de junho de 2015.

BRASIL.Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. **Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União 2013; 31 dez.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. Subchefia de Análise e Acompanhamento de Políticas Governamentais. **Diretrizes gerais e guia orientativo para elaboração de Análise de Impacto Regulatório – AIR**. Brasília: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/downloads/diretrizes-gerais-e-guia-orientativo_final_27-09-2018.pdf/view. Acesso em: 28 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.848, de 25 de junho de 2019. Dispõe sobre a gestão, a organização, o processo decisório e o controle social das agências reguladoras, altera as Leis nº 9.427/1996, nº 9.472/1997, nº 9.478/1997, nº 9.782/1999, nº 9.961/2000, nº 9.984/2000, nº 9.986/2000, nº 10.233/2001, a Medida Provisória nº 2.228-1/2001, a Lei nº 11.182/2005 e nº 10.180/2001. **Diário Oficial**: República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, p. 15, 26 jun. 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13848.htm. Acesso em: 28 set. 2024.

CAMPOS, G. W. S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec / Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

CHAVES, A.C.C; SCHERER, M.D.A; CONILL, E.M. O que contribui para a resolubilidade na Atenção Primária à Saúde? Revisão integrativa da literatura, 2010-2020. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. 2023Sep;28(9):2537–51. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.15342022>

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Plano de Saúde Regional 2023-2027. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado. 2023. 87p. Disponível em: [file:///C:/Users/stefa/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/7CHVCI2A/PSR_CARIRI_FINAL\[1\].pdf](file:///C:/Users/stefa/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/7CHVCI2A/PSR_CARIRI_FINAL[1].pdf). Acesso em: 20 jun. 2024.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Regionalização da Saúde. Posicionamento e Orientações**. Brasília: Ministério da Saúde. 2019. 61p. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico->

[regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-2.pdf](#). Acesso em: 20 jun. 2024.

CASTELLS, Manuel. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Rev. Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 122-135, jan/jun. 2002.

CEARÁ. Lei Nº 17.005, 27 de setembro de 2019. Autoriza a redução do capital social da Cagece. **Diário oficial do Estado**, Fortaleza, n. 185, p. 1, 30 set. 2019.

Disponível em:

<http://pesquisa.doe.seplag.ce.gov.br/doepesquisa/sead.do?page=ultimasEdicoes&cmd=11&action=Ultimas>. Acesso em: 22 de janeiro de 2023.

CEARÁ. Portaria nº 6.493 de 25 de novembro de 2009. Aprova o Regulamento Operativo que estabelece a organização, procedimentos, termos e condições a serem observadas na execução do Programa de Expansão e Fortalecimento da Atenção Especializada à Saúde no Estado do Ceará, parcialmente financiado pelo BID e seus anexos. **Diário Oficial do Estado**, Fortaleza, n. 226, p. 75, 3 dez. 2009. Disponível em:

<http://pesquisa.doe.seplag.ce.gov.br/doepesquisa/sead.do?page=ultimasEdicoes&cmd=11&action=Ultimas>. Acesso em: 22 de janeiro de 2023.

CEARÁ. Lei Nº 17.005, 27 de setembro de 2019. Dispõe sobre a integração, no âmbito do sistema único de saúde – sus, das ações e dos serviços de saúde em regiões de saúde no estado do ceará. **Diário oficial do Estado**, fortaleza, n. 185, p.1,30 set.2019.

CECÍLIO, L.C.O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.2, p.280-289, 2012.

CECÍLIO, L.C.O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. 1ed. São Paulo: Hucitec/ FAPESP, 2014.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: de pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-578, 1997.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. Porto Alegre: Penso, 2014.

DANTAS, D. V., ANDRADE, G. A. **Consórcios públicos em saúde no Estado do Ceará: a quem prestar contas?** V Congresso Conselho nacional dos Secretários do Estado da Administração de Gestão Pública. Centro de Convenções Ulysses Guimarães Brasília/DF – 4, 5 e 6 de junho de 2012. Disponível em: <https://www.consad.org.br/eventos/congressos/v-congresso-consad-de-gestao-publica-brasilia-df/>. Acesso em: 04 de abril de 2020.

DA SILVA R.S, AITA C, HARZHEIM, E, MOLINA-BASTOS C.G, OLIVEIRA E.B, Roman R, et al. O papel da telessaúde na pandemia COVID-19: uma experiência brasileira. **Ciênc Saúde Colet** 2021; 26:2149-57

DELUCHEY, J. F. **Pesquisa em ciências sociais**. Mimeo, 2012.

DINIZ, E. **Governabilidade, governance e reforma do Estado**: considerações sobre o novo paradigma. **Revista do Serviço Público**, v. 47, n. 2, 1996. Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/693>. Acesso em: 22 de janeiro de 2023.

ESPERANDO na janela. Intérprete: Gilberto Gil. Compositor: Targino Gondim, Manuca Almeida, Raimundinho do Acordeon. *In: As canções de eu, tu, eles*. Intérprete: Gilberto Gil. São Paulo: Gravadora Independente, 2000. 5 CD, faixa 3.

ENAP. Escola Nacional de Administração Pública. Análise de Impacto Regulatório: conceitos fundamentais. **Política e Análise Regulatória**. 2020. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6973/1/M%C3%B3dulo%201%20-%20Pol%C3%ADtica%20e%20An%C3%A1lise%20Regulat%C3%B3ria.pdf>. Acesso em: 28 set. 2024.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001

GIANNOTTI, E. M. **A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no AC Esso aos serviços**: um estudo de caso do município de Guarulhos. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Programa de pós-graduação em Saúde Pública, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-14112013-102627/publico/ElaineGiannotti.pdf>. Acesso em: 22 de janeiro de 2023.

GIOVANELLA, Lígia *et al.* (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.8, e00029818, 2018.

GOYA, N. **Regionalização da saúde**: cartografia dos modos de produção do cuidado e de gestão em saúde. 2017. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/69190/1/2017_tese_ngoya.pdf. Acesso em: 22 de janeiro de 2023.

HELENA, M. **O SUS e os consórcios públicos em saúde**: da teoria à prática. Fortaleza: INESP, 2019. 85p. Disponível em:

<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-40471>. Acessado em: 04 abr. 2020.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2 p. 323-336, 2010.

LEVESQUE, J.-F.; HARRIS, M. F.; RUSSELL, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **International Journal for Equity in Health**, v. 12, n. 18, 2013. Disponível em: <<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>>. Acesso em: 8 jun. 2024.

LIMA, L.D; VIANA, A.L.D; MACHADO, C.V; ALBUQUERQUE, M.V.; OLIVEIRA, R.G.; IOZZI, F.L, et al.. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciênc saúde coletiva [Internet]**. 2012Nov;17(11):2881–92. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100005>.

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

MACHADO, C. V. Prioridades de saúde no Brasil nos anos 1990: três políticas, muitas lições. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 20, n. 1, p. 44-49, 2006.

MATHIS, A. A sociedade na teoria dos sistemas de Niklas Luhman. (2008). Disponível em: <www.infoamerica.org/documentos_pdf/luhmann_05.pdf>. Acessado em 22 de janeiro de 2023.

MATTOS, P. T. L., **A formação do estado regulador**. 2006.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2011.

MENDONÇA, A. V.M. O processo de comunicação e a criação de conteúdos gerenciais nos serviços de atenção à saúde. In: CUNHA, F, J, A, P; LAZARO, L.P; PEREIRA, H.B.B(org). **Conhecimento, inovação e comunicação**. Ed.1, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2014. Editada Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014. 67-80.

MATURANA, H.; VERDEN-ZOLLER, G. **Amar e Brincar: Fundamentos esquecidos do humano**. São Paulo: Palas Athena Editora, 2009.

MCINTYRE, D.; MOONEY, G. (Ed). The economics of health equity. New York: Cambridge University, 2007.

MELO, A. L. A. Força de trabalho médica e regionalização da atenção à saúde do estado do Ceará. 2016. 188 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

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

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, Luiz Octávio Martins. Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) como mecanismos de coordenação federativa para construção da regionalização: papel, possibilidades e limites. 2022. 195 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva MP) - **Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro**, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

MENICUCCI, T. M. G.; GONTIJO, J. G. L.; (Orgs.). **Gestão e políticas públicas no cenário contemporâneo: tendências nacionais e internacionais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, K. T. C.; FRANCO, T. B. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p.155-166, 2014.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. *In*: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Orgs.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MILLS, A. Health care systems in low- and middle-income countries. **New England Journal of Medicine**, v. 370, n. 6, p. 552-557, 2014.

MAXIMINO, V.S. *et al*. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.26, n.2, p.435-447, 2017.

MERHY, E.E. *et al*. Redes vivas: multiplicidades gerando as existências, sinais da rua: implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.52, p.4-7, Out., 2014.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização PanAmericana da Saúde**, 549 p., 2011.

MORAES, V.D.; CAMPOS, C.E.A.; BRANDÃO, A.L. Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.127-146, 2014.

MORIN, Edgar; LE MOIGNE, Jean-Louis. A Inteligência da Complexidade. São Paulo: Petrópolis, 2000.

MALVESTIO, M.A.A, SOUSA, R.M.C. Produção de procedimentos pelo SAMU 192 no Brasil: performance, *benchmarking* e desafios. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. 2024;29(1):e18482022. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.18482022>

MELLO, G.A.; PEREIRA, A.C.; IOZZI, F.L.; UCHIMURA, L.; DEMARZO, M.M.P.; VIANA, A.L.D. O olhar gestor sobre a regionalização da saúde brasileira. *Novos Caminhos*, n.9. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em www.regiaoeredes.com.br

MENEGUIM; F. B.; MELO, A. P. A. de. **Soft Regulation: Formas de Intervenção Estatal para Além da Regulação Tradicional**. Brasília: Núcleo de Estudos e Pesquisas/CONLEG/Senado, 2022. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/textos-para-discussao/td307>. Acesso em: 28 set. 2024.

MIRZOEV, T.; KANE S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. **BMJ Glob Health** 2017; 2:e000486.

NUNES, E. D. **Sobre a sociologia da Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA. R. R. Dos conceitos de regulação às suas possibilidades. **Rev. Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1198-1208, 2014.

OLIVEIRA, L. G. F. **Acesso à Saúde: desafios, perspectivas, soluções e oportunidades na Atenção Primária à Saúde**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2023.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.** V.66, n. esp, p.158-64, 2013.

OCDE. Organisation for Economic Co-Operation and Development. **The OECD Report on Regulatory Reform: synthesis**. Paris: OCDE, 1997. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9789264177437-en.pdf?expires=1727542324&id=id&accname=quest&checksum=41D5544BCF3482BEC511FB6931D6385F>. Acesso em: 28 set. 2024.

OCDE. Organisation for Economic Co-Operation and Development. **Recommendation of the Council on Regulatory Policy and Governance**. Paris: OCDE, 2012. Disponível em: <http://www.oecd.org/governance/regulatory-policy/49990817.pdf>. Acesso em: 28 set. 2024.

PALAZZO, L. A. M. Complexidade, caos e auto-organização. *Educat Anais da III Oficina de Inteligência Artificial*, Pelotas: s/ed., 1999.

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Newbury Park: SAGE, 1987.

PERONI, F. M. A. **Tecendo Redes**: itinerários terapêuticos de pacientes com câncer na macrorregião de Campinas. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2013. Disponível em:

file:///C:/Users/stefa/Downloads/peroni_fabianadamotaalmeida_d.pdf. Acesso em: 22 de janeiro de 2023.

PINTO, V. P. T.; TEIXEIRA, A. H. T.; SANTOS, P. R.; ARAÚJO, M. W. A.; MOREIRA, M. A. G.; SARAIVA, S. R. M. Avaliação da acessibilidade ao Centro de Especialidades Odontológicas de abrangência macrorregional de Sobral, Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 19, v. 7, p. 2235-2244, 2014.

PROADESS. **Boletim Informativo do PROADESS, no 4, fev./2019**. Disponível em: proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_4_PROADESS_Monitoramento%20da%20assistencia%20hospitalar_errata_1403.pdf. Acesso em: 04 de abril de 2010.

PROEXMAES II. **Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde no Estado do Ceará** (nº 3703/OC-BR). Regulamento Operacional. 73p. fev. 2017.

PETERS, D. H.; GARG, A.; BLOOM, G.; WALKER, D. G.; BRIEGER, W. R.; RAHMAN, M. H. Poverty and access to health care in developing countries. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1136, p. 161-171, 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2561251/>>. Acesso em: 8 jun. 2024.

REIS, A.A.C.; SÓTER, A.P.M.; FURTADO, L.A.C; PEREIRA, S.S.. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciênc saúde coletiva** [Internet]. 2017Apr;22(4):1045–54. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016>

SARTI, T.D, ALMEIDA, A.P.S.C. Incorporação de telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil e fatores associados. *Cad Saude Publica* 2022; 38(4):PT252221
THUMÉ, E, NEDEL, F, Batista S, Bender J. O uso da Telessaúde e Telerregulação no apoio à prática clínica na Atenção Primária em Porto Alegre (RS). **Estudo de caso. Relatório** [Internet]. 2019 [acessado 2022 dez 1]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Relatorio-Porto-Alegre-APS-fortenov-2019.pdf>

SAURMAN, E. Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. **Rural and Remote Health**, v. 16, n. 3616, 2016. Disponível em: <<https://www.rrh.org.au/journal/article/3616>>. Acesso em: 8 jun. 2024.

SANTOS, F. P.; MEHRY E. E. A regulação pública da saúde no Estado: uma revisão. **Interface** (Botucatu). v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. Rede interfederativa de Saúde. In: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde**: desafios da regionalização no SUS. Campinas: Saberes, 2013.

SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: os desafios da gestão interfederativa. Campinas: Editora Saberes, 2013.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2017, v. 22, n. 4 [Acessado 9 Junho 2024], pp. 1281-1289. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016>.

SANTOS, Maria Helena de Castro. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação de Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 mai. 2020.

SANTOS, F. P. dos; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003>. Acesso em: 22 de janeiro de 2023.

SANTOS, T. B. S. *et al.* Gestão indireta na atenção hospitalar: análise da contratualização por publicização para rede própria do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 247-261, out. 2018.

SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, vol. 65, n. 4, p. 561-565, 2012.

SCHMEIL, M. A. Saúde e Tecnologia da Informação e Comunicação. **Fisioterapia em movimento**, v. 26, n. 3, p. 477-478, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000300001>. Acesso em: 22 de janeiro de 2023.

SILVA, S. F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde**: desafios da regionalização no SUS. Campinas: Saberes, 2013.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde**: desafios da regionalização no SUS. Campinas: Saberes Editora, 2013.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.3, e00172214, Mar., 2016a.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.40, n.108, p.48-63, Jan./Mar., 2016b.

SOUZA, M.F. *et al.* Coordenação do cuidado no PMAQ-AB: uma análise baseada na Teoria de Resposta ao Item. **Rev. Saúde Pública**, v.51, 87, 2017.

SMITH, S.; RODRIGUEZ, M. A.; BERGER, A. COVID-19 and the rise of telehealth: Implications for access to care and health care disparities. **Journal of Public Health Management and Practice**, 2022.

SOUZA, C. M. Coordenação, uniformidade e autonomia na formulação de políticas públicas: experiências federativas no cenário internacional e nacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 35 Sup 2, e00046818, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/45DWPg6xBf99zWHR57q4hcK/>. Acesso em: 22 de janeiro de 2023.

STAKE, R. E. **Pesquisa Qualitativa**: estudando como as coisas funcionam. Porto Alegre: Penso, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

SOUSA, B.V.N.S; TELES, J.F.; OLIVEIRA, E.F. Perfil, dificuldades e particularidades no trabalho de profissionais dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. **Enfermería Actual de Costa Rica**, núm. 38, pp. 245-260, 2020 [<https://www.redalyc.org/journal/448/44872467017/html/>]

SHIMIZU H.E., PEREIRA V.O. de M, CARVALHO A.L.B de, BRÊTAS JÚNIOR N., RAMOS, M.C. Regionalização em saúde no Brasil: uma análise da percepção dos gestores de Comissões Intergestores Regionais. **Physis** [Internet]. 2022;32(1):e320105. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320105>)

TOFANI, L. F. N. *et al.* A Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade [online]**, v. 32, n. 1, e220122pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023220122pt>. Acesso em: 31 maio de 2024.

TRAVASSOS, C.; CASTRO; M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 190-198, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/?lang=pt>. Acesso em: 22 de janeiro de 2023.

TOFANI L.F.N, FURTADO L.A.C, GUIMARÃES, C.F, FELICIANO D.G.C.F, SILVA G.R., BRAGAGNOLO, L.M, et al.. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciênc saúde coletiva [Internet]**. 2021Oct;26(10):4769–82. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.26102020>

VARELA, H. Da parte para o todo: auto-organização dinâmica em sistemas físico-químicos. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 63, n. 1, Jan. 2011. Disponível em: <cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v63n1/a10v63n1.pdf>. Acesso em 22 de janeiro de 2023.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2006.

VIANA, A. L. d'A. **Descentralização e política de saúde**: origens, contexto e alcance da descentralização. São Paulo: Hucitec, 2014.

VIANA, A. L. d'A. *et al.* Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZUI, 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, out./dez., 2012.

VIANA, A. L. d'A.; ROCHA, J. S. Y.; MACHADO, C. V. Regionalização da saúde no Brasil: Condicionantes e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1627-1638, 2008.

WARD, M. M.; ULLRICH, F.; MERCHANT, K. A. S.; CARTER, K. D.; BHAGIANADH, D.; LACKS, M.; TAYLOR, E.; GORDON, J. Behavioral health and telehealth: A review of current evidence. **Telehealth and Health Services Research**. Disponível em: [<https://telehealth.hhs.gov/research-articles-papers>]. Acesso em: 8 jun. 2024.

WAGSTAFF, A.; NEWHOUSE, J. P.; CHRISTIANSEN, T.; *et al.* Health financing revisited: A practitioner's guide. **World Bank Publications**, 2018.

ZAMBENEDETTI, G; DA SILVA, R. A. A noção de Rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, 2008.

**APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -
GESTOR**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

**PESQUISA: REGULAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO CENÁRIO DA
REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DO CEARÁ**

O (a) Sr(a), está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada: **REGULAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA NO CENÁRIO DA REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DO CEARÁ**, que tem como objetivo analisar a governança regionalizada do processo de regulação em saúde do Estado do Ceará. Como instrumento de coleta de dados será utilizado entrevista aberta ou de profundidade individual. Desta forma, **CONVIDO** você a participar da pesquisa tomando parte da metodologia de pesquisa acima elencada. Caso permita, as entrevistas serão gravadas.

Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo, dano ou transtorno para aqueles que participar, oferecendo riscos mínimos àqueles que voluntariamente participaram como sujeitos desse estudo, tais como modificação nas emoções e stress ao expor fragilidade do serviço, possibilidade de constrangimento e/ou desconforto com algum questionamento. Porém todas as informações obtidas serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Os benefícios para a sociedade, investigados e para o serviço são: assegurar a confidencialidade e a privacidade dos sujeitos de pesquisa; Obtenção de informações relevantes para aumentar a resolutividade e eficiência nos serviços ofertados na unidade; melhorar a assistência dos pacientes, seja na assistência direta e indireta.

Vale ressaltar, que sua participação é voluntária, e o senhor(a) poderá a qualquer momento solicitar sua exclusão do estudo, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre preservando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando não acharem mais conveniente.

Para quaisquer esclarecimentos entrar em contato com a pesquisadora **Suzyane Cortês Barcelos**, contato: (85) 99972-4955. Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo da pesquisadora. Eu _____, após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa (entrevista aberta, observação participante), aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

Fortaleza, _____, de _____ de 2020.

Participante

Suzyane Cortês Barcelos
Pesquisadora

APENDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA (GESTOR)

PESQUISA: REGULAÇÃO DA ATENÇÃO NO CENÁRIO DA REGIONALIZAÇÃO NO ESTADO DO CEARÁ

ROTEIRO DE ENTREVISTA


1. Organização e fluxos regionais da regulação em saúde
2. Estratégias de fortalecimento da regionalização da alta complexidade
3. Relação com os espaços de governança da regulação regional
4. Tramites de contratualização da alta complexidade
5. Desafios e potencialidades para o modelo de regulação regionalizado

**APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES
QUANTITATIVAS**


**PESQUISA: REGULAÇÃO DA ATENÇÃO NO CENÁRIO DA REGIONALIZAÇÃO
NO ESTADO DO CEARÁ**

1. Tipos de clínicas atendidas nos Hospitais Regionais
2. Número de leitos hospitalares
3. Número de procedimento realizados por clinica
4. Taxa de internação nos hospitais regionais
5. Perfil do acesso regional:
 - a. Clínica de atendimento
 - b. Idade
 - c. Município de residência
 - d. Tempo de permanência
 - e. Referência


ANEXO A - Termo de anuência SESA



**ESCOLA DE SAÚDE
PÚBLICA DO CEARÁ**



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Saúde



CENTRO DE INVESTIGAÇÃO CIENTÍFICA

TERMO DE ANUÊNCIA

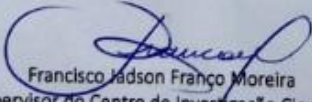
- **Projeto de Pesquisa:** Regulação da Atenção no Cenário da Regionalização da Saúde no Estado do Ceará.
- **Pesquisador (a) Responsável:** SUZYANE CORTÊS BARCELOS
- **Instituição Proponente:** Universidade Federal do Ceará – UFC
- **Curso:** Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
- **Período de Coleta:** maio/2021 a outubro/2021

O Centro de Investigação Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará, conforme suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Escola de Saúde Pública do Ceará no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012.

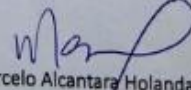
A Escola de Saúde Pública do Ceará por meio deste Centro, destaca suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal segurança em bem-estar.

A autorização para a realização da pesquisa e coleta de dados na instituição só será permitida após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Fortaleza, 01 de fevereiro de 2021.



Francisco Jadson França Moreira
Supervisor do Centro de Investigação Científica
Escola de Saúde Pública do Ceará



Marcelo Alcântara Holanda
Superintendente
Escola de Saúde Pública do Ceará

ANEXO B - Termo de anuência - Hospital Regional do Cariri



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Organização social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

TERMO DE CIÊNCIA SOBRE PESQUISA CIENTÍFICA NA UNIDADE HOSPITALAR

Eu, Bergson da Brito Moura,

conheço os objetivos do projeto de pesquisa intitulado: "REGULAÇÃO DA ATENÇÃO NO CENÁRIO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ", desenvolvido por **Suzyane Cortês Barcelos**, sob orientação de **Ricardo José Soares Pontes**. Conheço sua metodologia: onde será utilizada informações primárias e secundárias. Para as informações primárias (qualitativas) será realizado entrevistas com o gestores/Gerentes de posições estratégica na Secretária Estadual de Saúde do Ceará (SESA) bem como dos Hospitais Regionais do Estado gerenciados pelo ISGH que implicam de forma direta e indireta no complexo regulador e a estrutura regional da SESA. Para as informações secundárias por meio de dados do sistema gerenciamento de Regulação do Estado do Ceará – UNISUS Web e Fast Medic; Sistema de informação ambulatorial (SIA) e hospitalar (SIH) do DATASUS/Ministério da saúde, documentos acerca do processo de regionalização e gestão do complexo regulador do Estado do Ceará, ressalta-se que todos os dados secundários serão extraídos de bancos disponibilizados em plataformas pública. Para construção da informação será utilizado enquanto técnica de captação do material empírico a entrevista em profundidade individual, além da análise documental. O campo da pesquisa se dará na Secretária de Saúde do Estado do Ceará (SESA) e Hospital regional do Cariri, Hospital Regional do Sertão Central e Hospital Regional Norte. Ressalta-se que as entrevistas serão agendadas previamente por telefone e realizado conforme disponibilidade do gestor e pesquisador. Há possibilidade de realizar entrevistas por indicação de informantes-chaves que sinalizaram os gestores/gerentes que acumulavam experiência consolidada no tema de interesse para esse estudo, estando ciente que o pesquisador não interferirá no fluxo normal do Setor e conforme execução da pesquisa.

Juazeiro do Norte, 19 de Fevereiro de 2021

ISGH - Hospital Regional do Cariri
Bergson da Brito Moura
Dir. de Gestão e Atendimento

Bergson da Brito Moura
Diretor de Gestão e Atendimento

ANEXO C - Termo de anuência - Hospital Regional Norte



Organização Social mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

TERMO DE CIÊNCIA SOBRE PESQUISA CIENTÍFICA NA UNIDADE HOSPITALAR

Eu, Sabrina Becker conheço os objetivos do projeto de pesquisa intitulado: "REGULAÇÃO DA ATENÇÃO NO CENÁRIO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ", desenvolvido por **Suzyane Cortês Barcelos** sob orientação de **Ricardo José Soares Pontes**. Conheço sua metodologia: onde será utilizada informações primárias e secundárias. Para as informações primárias (qualitativas) será realizado entrevistas com o gestores/Gerentes de posições estratégica na Secretária Estadual de Saúde do Ceará (SESA) bem como dos Hospitais Regionais do Estado gerenciados pelo ISGH que implicam de forma direta e indireta no complexo regulador e a estrutura regional da SESA. Para as informações secundárias por meio de dados do sistema gerenciamento de Regulação do Estado do Ceará – UNISUS Web e Fast Medic; Sistema de informação ambulatorial (SIA) e hospitalar (SIH) do DATASUS/ministério da saúde, documentos acerca do processo de regionalização e gestão do complexo regulador do Estado do Ceará, ressalta-se que todos os dados secundários serão extraídos de bancos disponibilizados em plataformas pública. Para construção da informação será utilizado enquanto técnica de captação do material empírico a entrevista em profundidade individual, além da análise documental. O campo da pesquisa se dará na Secretária de Saúde do Estado do Ceará (SESA) e Hospital regional do Cariri, Hospital Regional do Sertão Central e Hospital Regional Norte. Ressalta-se que as entrevistas serão agendadas previamente por telefone e realizado conforme disponibilidade do gestor e pesquisador. Há possibilidade de realizar entrevistas por indicação de informantes-chaves que sinalizaram os gestores/gerentes que acumulavam experiência consolidada no tema de interesse para esse estudo, estando ciente que o pesquisador não interferirá no fluxo normal do Setor e conforme execução da pesquisa.

Sobral, 11 de dezembro de 2021.

Sabrina Becker
 Sabrina Becker
 Diretora de Gestão e Atendimento Hospitalar
 Em Exercício

ISGH-HOSPITAL REGIONAL NORTE
 Sabrina Becker
 Diretora de Gestão e Atendimento Hospitalar
 Em Exercício

Sabrina Becker
Diretora de Gestão e Atendimento em exercício

ANEXO D - Termo de anuência - Hospital Regional do Sertão Central




Organização Social mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

TERMO DE CIÊNCIA SOBRE PESQUISA CIENTÍFICA NA UNIDADE

Eu, Francisco Márcio Pereira da Silva, conheço os objetivos do projeto de pesquisa intitulado: "REGULAÇÃO DA ATENÇÃO NO CENÁRIO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ", desenvolvido por **Suzyane Cortês Barcelos**, sob orientação de **Ricardo José Soares Pontes**. Conheço sua metodologia: onde será utilizada informações primárias e secundárias. Para as informações primárias (qualitativas) será realizado entrevistas com o gestores/Gerentes de posições estratégica na Secretária Estadual de Saúde do Ceará (SESA) bem como dos Hospitais Regionais do Estado gerenciados pelo ISGH que implicam de forma direta e indireta no complexo regulador e a estrutura regional da SESA. Para as informações secundárias por meio de dados do sistema gerenciamento de Regulação do Estado do Ceará – UNISUS Web e FastMedic; Sistema de informação ambulatorial (SIA) e hospitalar (SIH) do DATASUS/ministério da saúde, documentos acerca do processo de regionalização e gestão do complexo regulador do Estado do Ceará, ressalta-se que todos os dados secundários serão extraídos de bancos disponibilizados em plataformas pública. Para construção da informação será utilizado enquanto técnica de captação do material empírico a entrevista em profundidade individual, além da análise documental. O campo da pesquisa se dará na Secretária de Saúde do Estado do Ceará (SESA) e Hospital regional do Cariri, Hospital Regional do Sertão Central e Hospital Regional Norte. Ressalta-se que as entrevistas serão agendadas previamente por telefone e realizado conforme disponibilidade do gestor e pesquisador. Há possibilidade de realizar entrevistas por indicação de informantes-chaves que sinalizaram os gestores/gerentes que acumulavam experiência consolidada no tema de interesse para esse estudo, estando ciente que o pesquisador não interferirá no fluxo normal do Setor e conforme execução da pesquisa.

Quixeramobim, 16 de FEVEREIRO de 2021.


 FRANCISCO MÁRCIO PEREIRA DA SILVA
 Coordenador do Núcleo de Atendimento ao Cliente

ANEXO E - Aprovação do comitê de ética - Universidade Federal do Ceará

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REGULAÇÃO DA ATENÇÃO NO ÂMBITO DA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ

Pesquisador: Suzyane Cortês Barcelos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57006922.1.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.380.178

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem como objetivo analisar a regulação da atenção em saúde a partir do processo de regionalização no Estado do Ceará. Para o alcance dessa informação será identificado as estratégias de fortalecimento da regulação da atenção sob a perspectiva da regionalização, caracterizar os fluxos de regulação da alta complexidade nas regiões de saúde, bem como os espaços de governança regional abordam o tema da regulação da atenção à saúde e conhecer como acontece a contratualização no âmbito regional e seus mecanismos regulatórios. O campo da pesquisa se dará na Secretária de Saúde do Estado do Ceará (SESA) e Hospital regional do Cariri, Hospital Regional do Sertão Central e Hospital Regional Norte. As Informações. Serão utilizadas informações de fontes primárias e secundárias. Para as informações primárias (qualitativas) será realizado entrevistas com o gestores/Gerentes de posições estratégica na Secretária Estadual de Saúde do Ceará (SESA) que implicam de forma direta e indireta no complexo regulador e a estrutura regional da SESA (QUADRO 1). Para as informações secundárias por meio de dados do sistema gerenciamento de Regulação do Estado do Ceará – UNISUS Web e Fast Medic; Sistema de informação ambulatorial (SIA) e hospitalar (SIH) do DATASUS/ministério da saúde, documentos acerca do processo de regionalização e gestão do complexo regulador do Estado do Ceará, ressalta-se que todos os dados secundários serão extraídos de bancos disponibilizados em plataformas pública. Para construção da informação será utilizado enquanto técnica de captação do material empírico a entrevista em profundidade individual, além da análise documental. O

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br