

## REGULAÇÃO DO ACESSO ASSISTENCIAL À SAÚDE

### HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY REGULATION

Maria Inez Pordeus Gadelha\*

Maíra Batista Botelho\*\*

Cláudia Lidroneta Bernadino Kartz\*\*\*

#### RESUMO

A regulação de um sistema de saúde, além de adequar a oferta de serviços às necessidades populacionais, de forma oportuna e racional, gerencia as demandas individuais espontâneas ou artificialmente criadas por prestadores de serviços (institucionais ou de profissionais) e jamais poderá se dissociar de outras atividades da gestão do sistema. Com base em pesquisa bibliográfica e documental, utilizando como fontes normas constitucionais e infraconstitucionais relacionadas, como também a produção doutrinário-operacional, o presente texto busca contribuir para a compreensão da regulação do acesso assistencial no SUS e da importância de se intensificá-la

---

\* Médica pela Universidade Federal da Paraíba em 1974. Residência Médica em Oncologia Clínica no Instituto Nacional de Câncer - INCA/Ministério da Saúde. Especialista em Educação para a Saúde pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/NUTES/UFRJ e em Administração - MBA-Saúde/Instituto Coppead/UFRJ. Ex-chefe de Gabinete, ex-Secretária Substituta e ex-Secretária Adjunta da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde do Ministério da Saúde. Membro do Comitê Organizador do Fórum Nacional de Direito em Saúde, do Conselho Nacional de Justiça/STF, de 2012 a 2022. *E-mail:* mariainezgadelha@gmail.com.

\*\*Enfermeira pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais em 2003. Especialista em Obstetrícia pela Universidade Federal de Minas Gerais UFMG. Ex-Secretária de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e ex-Diretora do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET/SAES), do Ministério da Saúde. *E-mail:* mbbot2007@gmail.com.

\*\*\* Médica pela Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro em 1985. Residência Médica em Pediatria na Unesp Botucatu. Especialização em Pneumologia Pediátrica pela USP São Paulo e Escola Paulista de Medicina. Mestra em Medicina pela USP São Paulo Médica reconhecida e credenciada em Israel desde 2008. *E-mail:* lidroneta@gmail.com.

e disseminá-la nas diversas regiões de saúde, de modo que coordene efetivamente o acesso a ações e serviços de saúde, de forma integrada a ações de gestão que a subsidiam ou complementam.

**Palavras-chave:** Direito à saúde. SUS. Regulação em saúde. Acesso assistencial.

## ABSTRACT

The regulation of a health system, in addition to timely and rationally adapting the provision of services to the population's needs manages individual demands that are spontaneous or artificially created by service providers (institutional or professional), can never be dissociated from other system management activities. Based on bibliographical and documentary research, using related constitutional and infraconstitutional norms as sources, as well as doctrinal and operative production, this text aims to contribute to the understanding of health services accessibility in the SUS and the importance of intensifying it and disseminating it, so that it effectively coordinates access to health actions and services, in an integrated manner with management actions that support or complement it.

**Keywords:** Right to health. SUS. Health regulation. Health services accessibility.

## 1 INTRODUÇÃO

A descentralização administrativa, como princípio do SUS, faz da regulação de sistemas de saúde (e, assim, da atenção e do acesso assistencial) um processo dependente da organização e funcionalidade de Redes de Atenção à Saúde (RAS) efetivas. Logo, a regulação de um sistema de saúde, além de adequar a oferta de serviços às necessidades populacionais, de forma oportuna e racional, e gerenciar as demandas individuais espontâneas ou artificialmente criadas por prestadores de serviços

(institucionais ou de profissionais), jamais poderá se dissociar de outras atividades da gestão do sistema, para garantir o acesso assistencial.

O presente texto objetiva contribuir para a compreensão da regulação no SUS e para o reconhecimento da importância de se intensificá-la e disseminá-la nas diversas regiões de saúde, de modo que haja coordenação efetiva do acesso a ações e serviços de saúde e colabore para a alocação racional de recursos e a administração de conflitos, além do cumprimento das regulamentações e normas estabelecidas para a atenção à saúde.

Para tanto, procedeu-se à pesquisa bibliográfica e documental, utilizando como fontes normas constitucionais e infraconstitucionais relacionadas, como também a produção doutrinário-operacional.

Ao final, constata-se que ainda há também a necessidade de coordenação efetiva do acesso a ações e serviços de saúde e que a regulação desse acesso colabore para a alocação racional de recursos humanos e materiais e para a administração de conflitos, além do cumprimento das regulamentações e normas estabelecidas para a atenção à saúde.

Para melhoria da gestão sistêmica e do próprio acesso assistencial, há de se avançar na definição de regulação na área da saúde como um conjunto de ações de gestão integradas e que conte com o planejamento e instrumentos operacionais bastantes para a sua efetiva execução.

## 2 REGULAÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL

Regulação é um termo que tem sido utilizado no Brasil com diferentes significados e alcances, mormente na área da saúde. Em termos da Política Nacional de Regulação (PNR), assim definem-se os tipos de regulação em saúde:

*I - Regulação de Sistemas de Saúde:* tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

*II - Regulação da Atenção à Saúde:* exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde: tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população

e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços, executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

*III - Regulação do Acesso à Assistência:* também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023-A).

Porém, alguns dizem ser a regulação em saúde a busca do equilíbrio entre oferta e demanda, da equidade e da equalização social, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e até que ela embute um caráter social e econômico ou racionalizador de serviços complementares e suplementares (VILARINS *et al.* 2011). Outros, tradicionalmente, consideram que busca o estabelecimento de padrões de qualidade e segurança, no âmbito de redes de atenção à saúde e com vistas a obter-se escala, qualidade e acesso assistenciais, com equidade (CONASS, 2011-A). E uns outros consideram ser um dos elementos constitutivos do SUS (FELICIELLO, D.; VILLALBA, J.P., 2016) e ter uma “conotação assistencial, que transforma o conceito anteriormente focado apenas no controle e avaliação, fazendo uma ponte entre os mundos, às vezes tão diversos, da gestão e da assistência” (JAIME, F., S/D). Para o Ministério da Saúde, a regulação em saúde objetiva “proporcionar o cuidado adequado em tempo oportuno aos usuários do Sistema Único de Saúde, tendo como base os princípios que norteiam o SUS, quais sejam a universalidade, a equidade e a integralidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023-A).

Observe-se que a maioria dos conceitos e definições postos chegam a referir a “equidade” como um dos princípios fundamentais do SUS, o que não se especifica como tal nem na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2016) nem na Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, Lei 8.080/1990), nesta encontrando-se, no Capítulo II, Dos Princípios e Diretrizes, o inciso *IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.*

Mesmo assim, há quem considere a regulação da atenção à saúde instrumento promotor de igualdade, acessibilidade e de integralidade assistenciais (VILARINS *et al.* 2011) ou como uma “discriminação positiva, ou seja, dar mais a quem mais necessita, tratar desigualmente os desiguais” (CONASS, 2011-A).

Em função dessa diversidade, pode-se assumir ser a regulação em saúde um instrumento de gestão que busca organizar a oferta de serviços e avaliar a demanda e a necessidade<sup>1</sup> para prover atendimentos sanitários adequados com justiça e igualdade.

Assim como há vários conceitos e definições para a regulação na área da saúde há diversos tipos de regulação: i) Regulação estatal do setor da saúde; ii) regulação de sistemas de saúde; iii) regulação da atenção à saúde; e iv) regulação do acesso assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), das quais as três últimas se incluem na PNR (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023-A; CONASS, 2011-A; VILARINS *et al.*, 2011), sendo que, para Vilarins *et al.*, “a regulação sobre sistemas de saúde contém as ações de regulação da atenção à saúde, que, por sua vez, contém as ações de regulação do acesso à assistência”.<sup>2</sup>

O SUS adota a descentralização da sua gestão dos âmbitos federal e estadual para os municípios, princípio que teve de ser adequado às diferentes realidades que se encontram no Brasil, em que 75% dos municípios brasileiros têm menos de 20 mil habitantes e não têm condições gerenciais para a organização da oferta de ações e serviços com escala, qualidade e custos adequados (CONASS, 2011-A).

Como já mencionado, a descentralização administrativa, como princípio do SUS, faz da regulação de sistemas de saúde (e, assim, da atenção e do acesso assistencial) um processo dependente da organização e funcionalidade de Redes de Atenção à Saúde (RAS) efetivas (CONASS, 2011-A; JAIME, F.,

---

<sup>1</sup> Importa “estabelecer a diferença entre necessidade e demanda. Diferença essa que é fundamental para o gestor no processo de organização do acesso a serviços de saúde. Nem toda demanda é necessidade, porém, requer respostas. Nem toda necessidade é demandada pela população, no entanto, requer o discernimento do gestor para o seu enfrentamento. As demandas do usuário são geradas, muitas vezes, pelos serviços/prestadores, e não pela necessidade. Esses conceitos precisam ser aprofundados, em virtude da adequada alocação de recursos com eficiência e eficácia” (CONASS, 2011-A.)

<sup>2</sup> Fausto Jaime apresenta também a regulação classificada como i) privada; ii) tecnocrática; iii) corporativa; e iv) social de caráter público (JAIME, F., S/D).

S/D). E inexistente regulação do acesso assistencial sem RAS definida e operante.

Dadas as diversas necessidades, definem-se e operacionalizam-se RAS em arranjos e pactuações locais ou interregionais (regiões de saúde), para os quais a complementaridade (interdependência de serviços ofertados) deve ser definida e observada para que, por sua cobertura regional, obtenha-se a oferta da integralidade assistencial (CONASS, 2011-A; FELICIELLO, D.; VILLALBA, J.P., 2016; VILARINS *et al.*, 2011).<sup>3</sup>

Diante da importância de se conhecer e compreender a regulação estabelecida pelo SUS a fim de propagar, intensificar e disseminar a forma correta de aplicar as respectivas regras de acesso a ações e serviços de saúde, com a devida alocação racional de recursos humanos e materiais e a administração de conflitos, passa-se à visão sistêmica no tópico a seguir.

### 3 REGULAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE E DO ACESSO ASSISTENCIAL

A regulação de um sistema de saúde, além de adequar a oferta de serviços às necessidades populacionais, de forma oportuna e racional, e gerenciar as demandas individuais espontâneas ou artificialmente criadas por prestadores de serviços (institucionais ou de profissionais), jamais poderá se dissociar de outras atividades da gestão do sistema para poder garantir o acesso assistencial.

Para tal, deve se articular com as ações de controle, avaliação e, eventualmente, auditoria (*Figura 1*) de modo a estabelecer, adotar e atualizar padrões de qualidade e segurança, bem como buscar o uso racional das ações e serviços de saúde e dos recursos financeiros e humanos disponíveis (BOTELHO, 2022; CONASS, 2011-A; FELICIELLO, D.; VILLALBA, J.P., 2016; VILARINS *et al.*, 2011;), inclusive porque “muitos dos recursos (humanos e materiais) despendidos são voltados para a correção de problemas da Saúde Suplementar” (CONASS, 2011-A; CONASS, 2011-B).

---

<sup>3</sup> No Brasil, há de se pôr atenção no conceito de suplementação (acréscimo de novos serviços ou de novas tecnologias), inclusive por causa da existência de um setor de saúde suplementar, conceito este distorcido por interpretações que levam a ideias e práticas em que o SUS deve complementar a Saúde Suplementar, para o alcance da integralidade assistencial na Saúde Suplementar!, o que não se aplica a um setor (não sistema) que se baseia em serviços estabelecidos em contratos específicos e dificilmente integrais.

Ou seja, além das respectivas necessidades populacionais, da oferta de serviços por prestadores públicos e privados e da gestão de demandas e de filas de espera, a regulação também guarda interface com o planejamento e financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS), individuais e coletivos, ambulatoriais e hospitalares, diagnósticos e terapêuticos.<sup>4</sup>

Conforme lembra Botelho (2022), o financiamento do SUS é tripartite e há necessidade de que “os respectivos recursos aplicados pelos estados, municípios e o Distrito Federal tornem-se igualmente informados de forma integral e transparente”. Ele propõe que os recursos financeiros federais para a atenção especializada no SUS sejam distribuídos, com base em dados, pela adoção de um modelo de rateio composto – *per capita* fixo, que reflita a diversidade regional, e outra variável a ser paga, conforme o desempenho assistencial expresso em um Índice de Necessidade (demográfica, epidemiológica e capacidade de oferta de serviços), cujos resultados possam ser medidos por indicadores escalonados para o alcance de metas preestabelecidas.<sup>5</sup>

Vê-se, assim, como a regulação guarda interface com o planejamento e orçamento, reforçando-se como “um dos elementos constitutivos do SUS” (FELICIELLO, D.; VILLALBA, J.P., 2016) e que “a regulação sobre sistemas de saúde contém as ações de regulação da atenção à saúde, que, por sua vez, contém as ações de regulação do acesso à assistência” (VILARINS *et al.*, 2011).

A organização e implantação de RAS impactam na necessidade de recursos e na alocação dos recursos disponíveis, e a regulação em saúde é a sua face mais evidente, especialmente para a população e outros setores organizados, estatais e não estatais. E para a regulação do acesso assistencial

---

<sup>4</sup> Para a Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, os serviços de natureza pública são a quase totalidade; já na Atenção Especializada à Saúde (AES), majoritariamente privados (ou seja, não públicos). Sem entrar no mérito do porquê assim se constituiu o SUS, à transição e absorção dos prestadores de serviços ao extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), essa conformação muito exige da regulação, uma função da gestão pública, dado ser a APS a porta de entrada no Sistema para os níveis de AES, cujas portas costumam ser duplas (SUS e não SUS) e nem sempre evidentes, para a população e os próprios gestores do SUS.

<sup>5</sup> Na Atenção Primária à Saúde, já se adotara, em 2020, o Previne Brasil (alocação de recursos federais por Capitação ponderada e Desempenho medido por meio de indicadores específicos).

também concorrem as regulações do sistema de saúde e da atenção à saúde e as demais atividades de gestão apontadas.<sup>6</sup>

No entanto, tem-se dito e visto que a regulação do acesso assistencial, *grosso modo*, ainda é incipiente e pouco efetiva, mostrando fragilidades e inadequações normativas, processuais e instrumentais (FELICIELLO, D.; VILLALBA, J.P., 2016; VILARINS *et al.*, 2011) e impondo limitações à implantação das RAS como meio de regionalizar e integralizar a assistência no SUS (CONASS, 2011-A; FELICIELLO, D.; VILLALBA, J.P., 2016). Evidencia-se também que sua organização é pulverizada e sofre o impacto da falta de melhores mecanismos de regulação sistêmica (BRASIL, Lei 14.307/2022; FELICIELLO, D.; VILLALBA, J.P., 2016), que a torna vulnerável a direcionamentos assistenciais para outros entes, inclusive pela via judiciária, o que aumenta a sua desarticulação e desintegração.<sup>7</sup>

### 3.1 Regulação do acesso assistencial à saúde

A PNR caracteriza a regulação do acesso à assistência pelos seus elementos constituintes: i) complexo regulador e centrais de regulação; ii) protocolos de regulação do acesso assistencial; e iii) gestão de filas de espera. Para tal, disponibiliza, gratuitamente, para os entes subnacionais o Sistema de Regulação (SISREG), que é um *software* que possibilita a operacionalização das centrais de regulação, não sendo de uso compulsório e permitindo que estados e municípios adotem outros sistemas para essa finalidade e interliguem o SISREG a sistemas locais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023-A; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023-B).

Aqui, impõe-se lembrar que a Central de Regulação das Urgências integra o complexo regulador, contando com regras, protocolos e uma RAS

---

<sup>6</sup> A leitura do Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), bem explicita e exemplifica as interações que, funcional e operacionalmente, a regulação deve manter com as demais ações de gestão do SUS (controle, avaliação, auditoria, ouvidoria, planejamento e orçamento), ou seja, para além daquelas postas na Figura 1. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso\\_regulacao\\_SUS\\_1ed\\_eletronica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_regulacao_SUS_1ed_eletronica.pdf).

<sup>7</sup> As interfaces do SUS e o Setor da Saúde Suplementar encontram-se bem-postas em CONASS-2011-A, CONASS-2011-B e BRASIL, Lei 14.307/2022, em termos de suplementação (duplicidade ou paralelismo, inclusive pela contratação de mesmos prestadores de serviços), avaliação e incorporação de tecnologias, cadastramento de estabelecimentos de saúde, informação e ressarcimento ao SUS.



específica, que, por sua vez, integra-se à atenção especializada, a partir de “portas de entrada” e “leitos de retaguarda” previamente definidos em pactuações bipartites, nas respectivas RAS regionais de saúde.

E, para os casos que exigem altos níveis de especialização e custos e, conseqüentemente, oferta centralizada de serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023-C) ou na ausência de oferta estadual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023-D), o Ministério da Saúde, em conjunto com as secretarias estaduais e distrital de saúde, coordena centrais nacionais de regulação específicas e com critérios técnicos e operacionais definidos em normas igualmente específicas.

No SISREG, em janeiro de 2021, encontravam-se 3.055 centrais solicitantes (das quais somente 110 estaduais) e 772 centrais executantes (das quais somente 73 estaduais), para atendimentos ambulatoriais. Para atendimentos hospitalares, 1.720 centrais solicitantes (das quais somente 70 estaduais) e 174 centrais executantes (das quais somente 37 estaduais), encontrando-se os respectivos números especificados pelos entes federativos (municipais, estaduais e distrital). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023-B.)

Esses números, *per se*, nada representam. Porém, pelas dificuldades enfrentadas pela população e também pelos gestores do SUS, podem sugerir três aspectos que precisam ser discutidos, relativamente à regulação assistencial no SUS: primeiro, não seria a regulação assistencial uma ação a ser coordenada pelos estados com seus respectivos municípios e regiões de saúde?; segundo, qual o parâmetro de necessidade de centrais de regulação assistencial?; e, terceiro, não se estaria resumindo a regulação assistencial a centrais de consultas, de exames, de leitos e de urgências, na ausência de RAS bem definidas, organizadas e operantes?

Alguns entendem que uma RAS, para se organizar e operar, precisa constituir-se de três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde, combinando economia de escala e qualidade dos serviços com o acesso aos serviços de saúde (MENDES, E.V., 2011).

Na montagem de uma RAS, aplicam-se os conceitos de integração derivados da teoria econômica associados a cadeias produtivas; a integração horizontal “entre unidades produtivas iguais, com o objetivo de adensar a cadeia produtiva e, dessa forma, obter ganhos de escala e, conseqüentemente,

maior eficiência e competitividade”; e a integração vertical, que, “ao contrário, se dá entre unidades produtivas diferentes para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor”. No SUS, a integração vertical em rede se dá pela articulação de “serviços federais, estaduais, municipais e privados, lucrativos e não lucrativos, por meio de uma gestão única, baseada numa comunicação fluida entre as diferentes unidades produtivas dessa rede”. Com isso, colocam-se, “sob a mesma gestão, todos os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos de uma rede, desde a APS à atenção terciária à saúde, e comunicá-los através de sistemas logísticos potentes. Na integração vertical da saúde, manifesta-se uma singular forma de geração de valor na rede de atenção, o valor em saúde, o que se aproxima do conceito econômico de valor agregado das cadeias produtivas” (MENDES, E.V., 2011).

A par das modalidades e atributos propostos pelas Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) e Organização Pan-americana da Saúde (2010), RAS são caracterizadas por

‘foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado através de um contínuo de atenção; sistemas de informação que ligam as pessoa usuárias, os prestadores de serviços e os gestores nesse contínuo de cuidados; informações sobre custos, qualidade e satisfação das pessoas usuárias; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores e profissionais de saúde em busca dos objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestados’ e definidas como ‘organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população’ (MENDES, E.V., 2011).

Por sua vez, o Ministério da Saúde define RAS como

‘arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado’ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Para tal, deve contar com os seguintes atributos: ‘população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde; extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos; APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde; prestação de serviços especializados em

lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população; sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes; financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede; ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e gestão baseada em resultados' (MENDES, E.V., 2011).

A *Figura 2* apresenta um diagrama de uma Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em termos de sua estruturação, da qual se pode presumir toda a complexidade funcional de cada um dos seus componentes (pontos de atenção) e as exigências dos respectivos recursos humanos e de regulação assistencial. Também, da qual se pode deduzir como, em um sistema de saúde, a integralidade assistencial se obtém pela integração de serviços específicos. Observe-se que os pontos de atenção da RUE (assim como de qualquer outra RAS) encontram-se nos diversos níveis do sistema – primário (promoção da saúde, prevenção de doenças, atenção domiciliar e unidade básica de saúde), secundário (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, Unidade de Pronto Atendimento - UPA, pronto-socorro e hospital geral – que pode dispor de sala de estabilização, pronto-socorro, UTI e unidade de doentes crônicos) e terciário (hospital geral ou especializado, com Unidade de Terapia Intensiva de Pacientes Críticos - UTI, Unidade Coronariana – UCO, UAVE – Unidade de Atenção a Pacientes com Acidente Vascular Encefálico).

Indubitavelmente, há de se avançar na definição de regulação na área da saúde como um conjunto de ações de gestão integradas e que conte com planejamento e instrumentos operacionais bastantes para a sua efetiva execução em RAS adequadamente estruturadas e gerenciadas.

#### 4 A CRISE DE REGULAÇÃO SANITÁRIA

Há décadas que se apontam as crises ocorrentes nos sistemas de saúde, em todo o mundo, inclusive no Brasil, classificando-as em quatro: a) crise do financiamento, pelo desproporcional aumento dos gastos relativamente aos recursos financeiros disponíveis; b) crise do conhecimento, pela falência do modelo de prática assistencial baseado em especialistas e superespecialistas; c) crise de valores, pela disseminada crise moral que fragiliza a eticidade de princípios adotados na área da Saúde; e d) crise de regulação (CONTANDRIOPOULOS, AP, 1996).

Dessa última crise, manifestam-se os conflitos derivados do confronto de quatro lógicas: i) a lógica de mercado, que progressivamente pressiona e demanda por novos produtos e serviços; ii) a lógica profissional, que se constitui no principal meio de regulação e continuamente pressiona pela incorporação de novas tecnologias e pode ser conduzida pelos interesses do mercado ou conduzir à lógica de mercado; iii) a lógica tecnocrática, que defende que a atenção à saúde e os serviços prestados adotem critérios técnicos de eficácia, eficiência, efetividade e equidade; e iv) a lógica política, que busca submeter a oferta de serviços à lógica de regulação, para aumentar a saúde da população ao menor custo.

Essas lógicas podem ser resumidas a duas, caso se considere a interface que se instalou, evolutivamente, entre as lógicas de mercado e profissional e as lógicas tecnocrática e política, sem que tenha havido a superação dos respectivos conflitos de interesses, ao contrário. Também tecnocraticamente (por exemplo, pela atuação do Legislativo ou do Judiciário), esses interesses impõem a criação de novas políticas e a adequação ou mudança de políticas públicas específicas ou forçam a sua operacionalização sem observar os critérios e parâmetros técnicos nelas estabelecidos.

É evidente que não se pode superar a crise de regulação dissociadamente das demais crises nem sem reduzir os conflitos que a permeiam.

## 5 CONCLUSÃO

Os aspectos anteriormente expostos demonstram porque as conformações das RAS e as pactuações (sempre tripartites, recorde-se) para sua implantação ou implementação devem se basear nas características epidemiológicas regionais (necessidades populacionais), protocolos técnico-operacionais e critérios de rateio dos recursos financeiros (também, recorde-se, sempre tripartites), sendo essa a melhor forma operacional de se efetivar a regulação assistencial, inclusive considerando as demandas originárias da Saúde Suplementar.<sup>8</sup>

Também, que a incipiência da regulação assistencial não será superada por interveniência judicial para atendimento de casos concretos – que gera um acesso injusto –, mas, sim, pela evolução gestora do SUS, com a efetivação dos processos de regionalização e de operacionalização de RAS adequadas e suficientes.

O presente texto objetiva contribuir para a compreensão da regulação no SUS e da importância de se intensificá-la e disseminá-la nas diversas regiões de saúde, de modo que haja coordenação efetiva do acesso a ações e serviços de saúde e que a regulação colabore para a alocação racional de recursos materiais e humanos e a administração de conflitos, além do cumprimento das regulamentações e normas estabelecidas para a atenção à saúde.

Indubitavelmente, há de se avançar na definição de regulação na área da saúde como um conjunto de ações de gestão integradas e que conte com planejamento e instrumentos operacionais bastantes para a sua efetiva execução.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Relatório Anual de Gestão e de Atividades - Exercício 2022. Rio de Janeiro, 2023. 173 p. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-divulga-o-relatorio-anual-de-gestao-e-de-atividades-2022>. Acesso em: 25 jul. 2023.

<sup>8</sup> Vê-se no Relatório Anual de Gestão e de Atividades - Exercício 2022 da ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2023) que, correspondentemente a 2021, foram ressarcidos ao SUS R\$972,81 milhões por internações clínicas e cirúrgicas, transplantes e serviços de apoio (diagnósticos e terapêuticos), contra R\$1,15 bilhão em 2019 (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2020), sendo referidos como percentuais das respectivas produções no SUS como um todo, e não do devido, nem na própria Saúde Suplementar.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Relatório de Atividades – Exercício 2019. Rio de Janeiro, 2020. 75 p. Disponível em: [https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/prestacao-de-contas/relatorios-de-gestao/relatoriogestao2019\\_semgov.pdf](https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/transparencia-institucional/prestacao-de-contas/relatorios-de-gestao/relatoriogestao2019_semgov.pdf). Acesso em: 22 jan. 2021.

BOTELHO, M. O financiamento do SUS e a distribuição dos recursos federais. *Metrópoles*, 16/12/2022. Disponível em: <https://www.metropoles.com/ponto-de-vida/o-financiamento-do-sus-e-a-distribuicao-dos-recursos-federais>. Acesso em: 26 maio 2022.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo nº 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 3 ago. 2023.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias). Acesso em: 3 ago. 2023.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SECRETARIA-GERAL. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei 14.307, de 3 de março de 2022*. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=14307&ano=2022&ato=98eMzZE1kMZpWT1ca#:~:text=Alter%20a%20Lei%20n%C2%BA%209.656,no%20%C3%A2mbito%20da%20sa%C3%BAde%20suplementar>. Acesso em: 25 jul. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS, 2011-A). *Regulação em Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2011. 126p. (Coleção “Para entender a gestão do SUS 2011”, 10). Disponível em: [https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_10.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_10.pdf). Acesso em: 29 jun. 2023.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. (CONASS, 2011-B). *Saúde Suplementar/Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2011. 148 p. (Coleção “Para entender a gestão do SUS 2011”, 12). Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/saude-suplementar-2/>. Acesso em: 29 jun. 2023.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Reformar o sistema de saúde: uma utopia para sair de um *status quo* inaceitável. *Saúde em Debate*, n. 49-50, p. 53-64, dez. 95/mar. 96.

FELICIELLO, D.; VILLALBA, J.P. (Organizadores). Regulação em Saúde no SUS - Experiência de uma Região de Saúde - Região Metropolitana de Campinas em São Paulo. Campinas, SP: UNICAMP/NEPP/AGEMCAP, 2016, 165 p. Disponível em: <https://www.nepp.unicamp.br/upload/documents/publicacoes/015fddb848e50e0e8e990045afd87e04.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2023.

JAIME, F. A Regulação em Saúde no SUS. S/D. Disponível em: [https://www.saude.go.gov.br/images/imagens\\_migradas/upload/arquivos/2018-10/fausto\\_regulacao\\_em\\_saude\\_no\\_sus.pdf](https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/upload/arquivos/2018-10/fausto_regulacao_em_saude_no_sus.pdf). Acesso em: 29 jun. 2023.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria nº 4.279/GM/MS*, de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 30 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2023-A). Regulação no Sistema Único de Saúde. Atualizado em 30 jun. 2023. Disponível em: [https://wiki.saude.gov.br/regulacao/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](https://wiki.saude.gov.br/regulacao/index.php/P%C3%A1gina_principal). Acesso em: 3 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2023-B). Sistema de Regulação SISREG 3. Atualizado em 7 mar. 2023. Disponível em: [https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/P%C3%A1gina_principal). Acesso em: 2 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2023-C). Central Nacional de Transplantes. Sistema Nacional de Transplantes. Atualizado em: 23 maio 2023. Disponível em: 2 ago. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2023-D). Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade CNRAC. Atualizado em 8 fev. 2023. Acesso em: 2 ago. 2023. Disponível em: [https://wiki.saude.gov.br/CNRAC/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](https://wiki.saude.gov.br/CNRAC/index.php/P%C3%A1gina_principal).

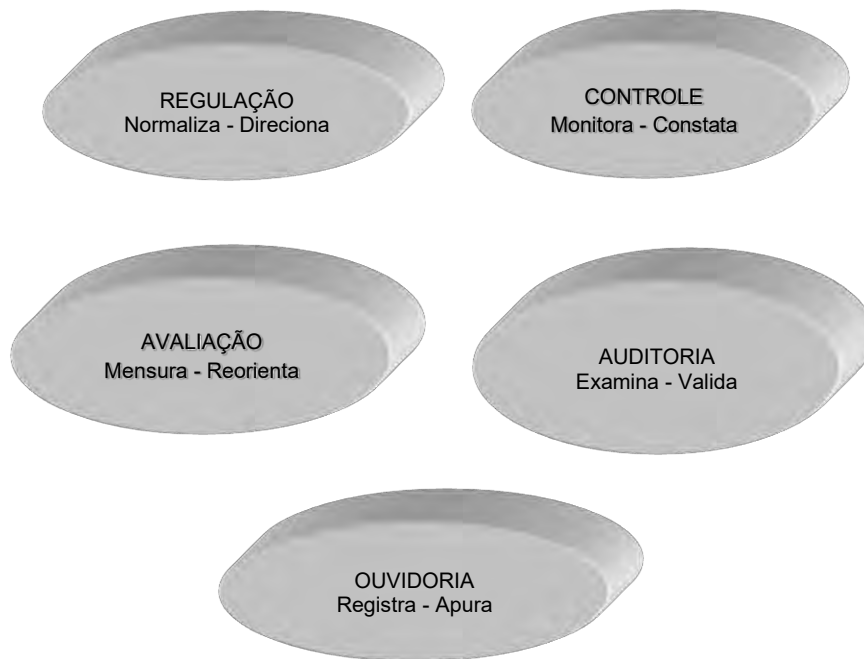
MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Curso básico de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 227 p.: il. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso\\_regulacao\\_SUS\\_1ed\\_eletronica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_regulacao_SUS_1ed_eletronica.pdf). Acesso em: 28 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS*. Brasília, OPAS/OMS, 2010.

VILARINS, G.C.M; SHIMIZU, H.E; GUTIERREZ, M.M.U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, out./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9s37MpDfXmBTY5bXx3XXxPh/?format=pdf>. Acesso em: 29 jun. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Integrated health services: what and why?* Geneva, World Health Organization, Technical Brief nº 1, 2008.

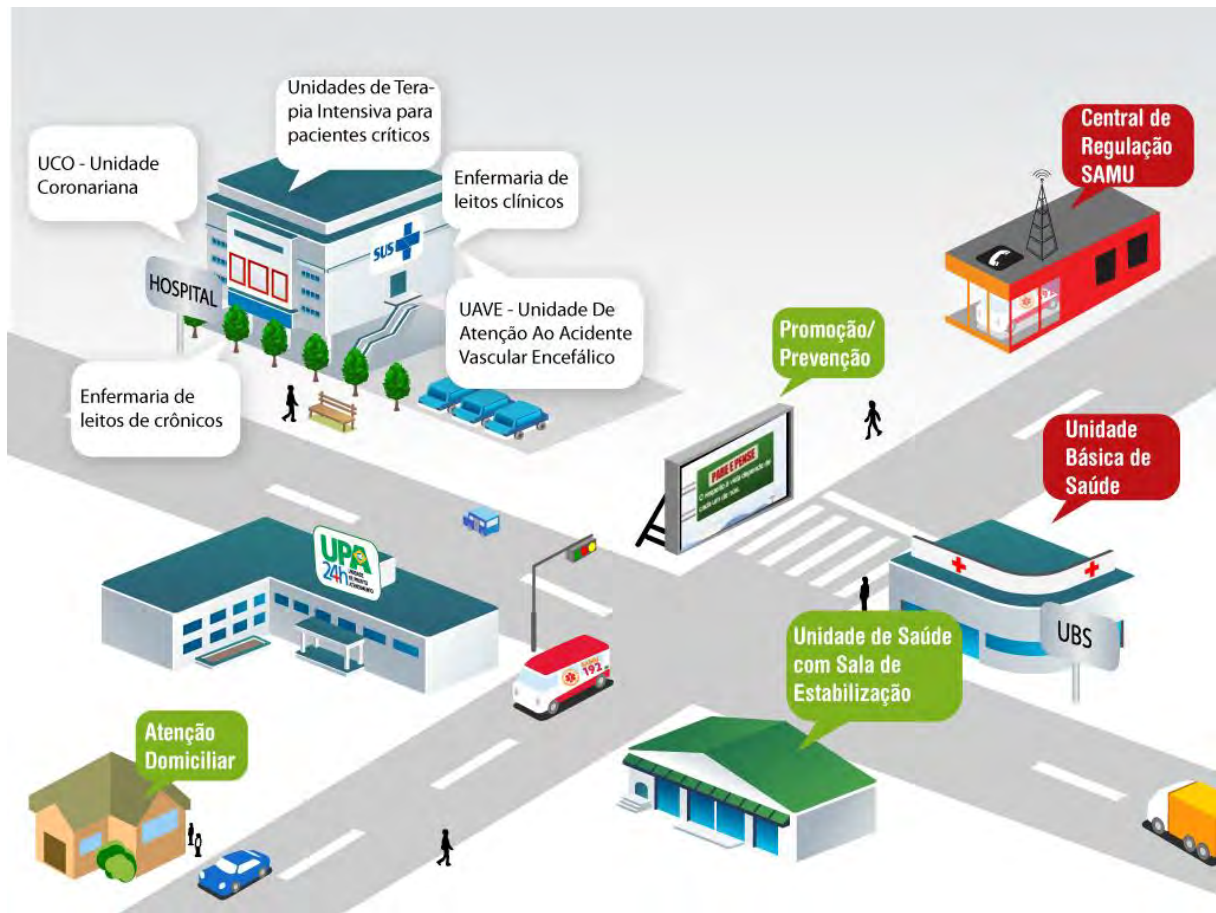
**FIGURA 1** – Funções interativas de gestão sanitária



Fonte: Diapositivo da Coordenação de Regulação e Avaliação (CGRA/DRAC/SAS/MS), 2005.



**FIGURA 2** – Componentes e interfaces da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)



Fonte: Diapositivo da apresentação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) feita em 12/3/2014 à IV Mostra Nacional de Experiências da Atenção Básica/Saúde da Família. Brasília-DF.