

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM SAÚDE

**Mapeamento Conceitual da Regulação do Acesso aos Serviços Públicos de
Saúde no Distrito Federal**

Geisa Cristina Modesto Vilarins

Brasília, 2020.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS EM SAÚDE

GEISA CRISTINA MODESTO VILARINS

**Mapeamento Conceitual da Regulação do Acesso aos Serviços Públicos de
Saúde do Distrito Federal**

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias da Saúde na Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora.

Área de concentração: Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde.

Linha de Pesquisa: Saúde, Educação, Ambiente e Trabalho.

Temática: Ensino na saúde e gestão do processo de trabalho.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho

Brasília, 2020.

VV697m VILARINS, GEISA CRISTINA MODESTO
Mapeamento Conceitual da Regulação do Acesso aos Serviços
Públicos de Saúde do Distrito Federal / GEISA CRISTINA
MODESTO VILARINS; orientador Diana Lúcia Moura Pinho. --
Brasília, 2020.
205 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Ciências e Tecnologias em
Saúde) -- Universidade de Brasília, 2020.

1. Regulação e fiscalização em saúde. 2. Acesso aos
serviços de saúde. 3. Mapeamento conceitual. 4. Gestão em
saúde. 5. Avaliação em saúde. I. Pinho, Diana Lúcia Moura,
orient. II. Título.

GEISA CRISTINA MODESTO VILARINS

**Mapeamento Conceitual da Regulação do Acesso aos Serviços Públicos de
Saúde do Distrito Federal**

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias da Saúde na Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora.

BANCA EXAMINADORA DA TESE

Prof^a. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho – (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof^a. Dra. Marília Cristina Prado Louvison
Universidade de São Paulo

Prof^a. Dra. Elizabeth Queiroz
Universidade de Brasília

Prof^a. Dra. Solange Baraldi
Universidade de Brasília

Prof^a. Dra. Marina Morato Stival (Suplente)
Universidade de Brasília

Brasília, 26 de novembro de 2020.

*Dedico aos meus príncipes:
Athos e Thales*

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Diana Pinho pela paciência, auxílio, críticas, sugestões e acima de tudo pela confiança e entusiasmo pelo tema.

Ao amigo Clayton Camargos por ter me iniciado no processo de gestão.

Ao inesquecível líder José Rubens Iglesias por confiar a mim atividades gestoras.

Ao grande amigo Luciano Camilo que me fez enxergar esta linha de pesquisa de modo tão natural.

A todos os colegas de trabalho do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal pela valorização do processo de regulação construído na SES/DF, pela compreensão e colaboração nesta pesquisa.

Às amigas e parceiras Juliana, Mônica e Luciene pela coragem para que juntas pudéssemos superar as adversidades nos processos de trabalho da regulação desde a sua implantação.

Ao amado Luciano Gomes pelo auxílio logístico e apoio incondicional.

À minha mãe, meu pai e meu irmão pela base familiar.

Aos meus filhos Athos e Thales por serem o meu baluarte nas horas difíceis.

A Jesus, acima de tudo e de todos, por ser meu fôlego de vida e por me dar infinitamente mais do que pedi, pensei ou sonhei.

*“ O caminho dos justos é como a luz da alvorada
que vai brilhando mais e mais até ser dia perfeito.”
(Prov. 4:18)*

RESUMO

O acesso aos serviços de saúde tem sido alvo de debates em todo o mundo há várias décadas, pois envolve a relação oferta e demanda numa rede de interações em contextos multidimensionais e dinâmicos, no sentido de promover a equidade. No Brasil, a regulação em saúde na busca da equidade do acesso contribui, de forma sistemática, para as ações de planejamento, avaliação, controle e monitoramento e é realizada por meio dos Complexos Reguladores e suas Centrais de Regulação. Na integração destas ações, alguns desafios se apresentam como a identificação de pontos de estrangulamento, o que impulsiona a regulação para explorar métodos avaliativos que incrementem os processos de trabalho para subsidiar a gestão. Este estudo teve por objetivo analisar o processo de regulação do acesso aos serviços públicos de saúde do Distrito Federal, sob a ótica do mapeamento conceitual. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, sob a abordagem do tipo método misto. Participaram do estudo 71 profissionais e gestores que atuam no Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal. Os dados foram coletados por meio de *survey on line* em duas etapas e foram analisados com o auxílio dos *softwares* IRaMuTeQ para a análise do conteúdo e o *Concept Systems®* para a elaboração do mapeamento conceitual. Como resultados, foram geradas 25 declarações dos participantes agrupadas em 04 *Clusters*: 1) Conceitos de Regulação; 2) Finalidades da Regulação; 3) Processo Regulatório e 4) Desafios da Regulação. O mapeamento conceitual apontou uma convergência das declarações geradas pelos participantes sobre a regulação em direção ao princípio da equidade e identificou os pontos de estrangulamento nos processos regulatórios como pouca transparência das informações, controle e monitoramento deficientes, baixa capacitação dos profissionais e desalinhamento de conduta profissional frente à avaliação do nível de prioridade assistencial dado aos casos regulados. Este último apresentou-se como o foco da regulação e a gestão, como a força motriz para a integração e interação dos processos, complexos por natureza. Ao sinalizar tais pontos, o mapeamento conceitual foi tido como um instrumento norteador por fornecer subsídios à gestão, considerando a perspectiva do planejamento, avaliação, controle, monitoramento e tomada de decisão para a efetividade de um acesso equânime, racional e oportuno aos usuários do sistema de saúde.

Palavras-chave: regulação e fiscalização em saúde, acesso aos serviços de saúde, mapeamento conceitual, gestão em saúde, avaliação em saúde.

ABSTRACT

Access to health services has been the subject of debates around the world for several decades, as it involves the relationship between supply and demand in a network of interactions in multidimensional and dynamic contexts, in order to promote equity. In Brazil, health regulation in the quest for fair access contributes, in a systematic way, to planning, evaluation, control and monitoring actions and is carried out through the Regulatory Complexes and their Regulation Centers. In the integration of these actions, some challenges are presented, such as the identification of bottlenecks, which drives regulation to explore evaluation methods that increase work processes to support management. This study aimed to analyze the process for regulating access to public health services in the Distrito Federal, from the perspective of concept mapping. This is an exploratory and descriptive study, under a mixed method approach. 71 professionals and managers who work in the Health Regulatory Complex of the Federal District participated in the study. The data were collected through an online survey in two stages and were analyzed with the aid of the IRaMuTeQ software for content analysis and Concept Systems® for the elaboration of the concept mapping. As a result, 25 statements from participants were generated, grouped into 04 Clusters: 1) Concepts of Regulation; 2) Purposes of Regulation; 3) Regulatory Process and 4) Challenges of Regulation. The concept mapping pointed to a convergence of the statements generated by the participants about the regulation towards the principle of equity and identified the bottlenecks in the regulatory processes such as poor transparency of information, poor control and monitoring, low training of professionals and misalignment of professional conduct the assessment of the level of assistance priority given to regulated cases. The latter presented itself as the focus of regulation and management, as the driving force for the integration and interaction of processes, complex in nature. In signaling such points, concept mapping was seen as a guiding instrument for providing support to management, considering the perspective of planning, evaluation, control, monitoring and decision making for the effectiveness of equitable, rational and timely access to system users of health.

Key words: Health Care Coordination and Monitoring. Health Services Accessibility. Concept mapping. Health Management. Health Evaluation.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

- Figura 1.** Classificação da regulação em saúde no Brasil
- Figura 2.** Estrutura do Complexo Regulador do Distrito Federal em 2009
- Figura 3.** Fluxograma de regulação de leitos de UTI, 2019
- Figura 4.** Fluxograma do processo de supervisão médica da CERIH, 2019
- Figura 5.** Fluxograma do Panorama 1 de Regulação, CRDF, 2018
- Figura 6.** Fluxograma do Panorama 2 de Regulação, CRDF, 2018
- Figura 7.** Fluxograma do Panorama 3 de Regulação, CRDF, 2018
- Figura 8.** Exemplo de operacionalização dos Panoramas de Regulação, 2018
- Figura 9.** Mapa das Regiões Administrativas do Distrito Federal, 2019
- Figura 10.** Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno (RIDE)
- Figura 11.** Representação gráfica das Regiões de Saúde do DF, 2016
- Figura 12.** Cadeia de Valor da SES/DF, 2019
- Figura 13.** Artigos selecionados seguindo a recomendação PRISMA (2009)
- Figura 14.** Dendograma por classes e palavras com maior qui-quadrado (χ^2)
- Figura 15.** Nuvem de Palavras obtida pelo software IRaMuTeQ sobre a regulação do acesso aos serviços públicos de saúde – Brasília, Brasil, 2019
- Figura 16.** Mapa de Pontos gerado pelo software Concept Systems® representando a percepção conceitual sobre a regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal, Brasil, 2019.
- Figura 17.** Mapeamento Conceitual sobre a regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal gerado pelo software Concept Systems®, Brasil, 2019.
- Figura 18.** Organograma simplificado do CRDF, 2020
- Figura 19.** Fluxo operacional básico de um processo regulatório em saúde, 2020 fornecido pelo software IRaMuTeQ – Brasília, Brasil, 2019
- Figura 20.** Artigo publicado sobre o mapeamento conceitual da regulação em saúde do DF pela Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2020.
- Quadro 1.** Centrais de Regulação do CRDF, 2020
- Quadro 2.** Nível de prioridade para admissão em UTI (PT SES nº 200, 06/08/15)
- Quadro 3.** Distribuição das RA's nas Regiões de Saúde do DF, 2020
- Quadro 4.** Principais atributos dos artigos da revisão integrativa

Quadro 5. Produção na BDTD/IBICT sobre a aplicação mapeamento conceitual na área de saúde, 2017

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão da revisão integrativa

Tabela 2. Classificação Hierárquica Descendente sobre a regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no DF, Brasil, 2019

Tabela 3. Perfil sociodemográfico do CRDF, Brasília, Brasil, 2020

Tabela 4. Distribuição geral da percepção dos participantes sobre regulação, Brasília, Brasil, 2020

Tabela 5. Distribuição da percepção dos participantes por área de regulação, Brasília, Brasil, 2020

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS - Atenção Primária à Saúde
BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
CEITAP - Central de Informações Toxicológicas e Atendimento Psicossocial
CERA - Central de Regulação Ambulatorial
CERAC - Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade
CERCE - Central de Regulação de Cirurgias Eletivas
CERTS - Central de Regulação do Transporte Sanitário
CERU - Central de Regulação de Urgências
CET - Central Estadual de Transplantes
CF – Constituição da República Federativa do Brasil
CGGRA - Coordenação Geral de Gestão de Regulação das Redes Assistenciais
CHD - Classificação Hierárquica Descendente
CNRAC - Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade
CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal
CRDF - Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal
CRIH/ CERIH - Central de Regulação de Internação Hospitalar
DF - Distrito Federal
DIRAAH - Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar (DIRAAH)
DIREG - Diretoria de Regulação
GER - Gerência Externa de Regulação
GIR - Gestão Interna de Regulação
GTRA - Grupo Técnico de Regulação Assistencial
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBICT - Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
LODF - Lei Orgânica do Distrito Federal
MS - Ministério da Saúde
NOAS - Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
PDS - Plano Distrital de Saúde
PNR - Política Nacional de Regulação

PPI - Programação Pactuada e Integrada

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

RA - Região Administrativa

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RIDE - Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel às Urgências

SES - Secretaria de Estado de Saúde

SISREG - Sistema Informacional de Regulação do Ministério da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TFD - Tratamento Fora de Domicílio

UCE - Unidade de Contexto Elementar

UCI - Unidade de Contexto Inicial

UCIN – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

URD - Unidade de Referência Distrital

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	OBJETIVOS	
1.1.1	Geral	21
1.1.2	Específicos	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO	
2.1	CONCEITO DE REGULAÇÃO	22
2.2	A REGULAÇÃO EM SAÚDE	24
2.3	A REGULAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL	30
2.3.1	A Regulação sobre Sistemas de Saúde	36
2.3.2	A Regulação da Atenção à Saúde	39
2.3.3	A Regulação do Acesso à Assistência à Saúde	40
2.4	A REGULAÇÃO EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL	43
2.4.1	Histórico de implantação na SES/DF	43
2.4.2	A Regulação em saúde na SES/DF	46
2.4.2.1	A Regulação do acesso à Atenção Hospitalar	48
2.4.2.2	A Regulação do acesso à Atenção Ambulatorial	57
2.4.2.3	A Regulação do acesso à Atenção de Alta Complexidade	62
2.4.2.4	A Regulação do acesso às Cirurgias Eletivas	68
2.4.2.5	A Regulação das Urgências	72
2.4.3	Os Panoramas de Regulação	73
2.5	CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	77
2.6	A REGULAÇÃO E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	85
2.7	A REGULAÇÃO E A EQUIDADE DO ACESSO	90
2.8	A REGULAÇÃO E A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO	92
2.9	MAPEAMENTO CONCEITUAL	94
3	MATERIAL E MÉTODOS	99
3.1	TIPO DE ESTUDO	99
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO	99
3.3	POPULAÇÃO/AMOSTRA	100
3.4	PERCURSO METODOLÓGICO: PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS	101

3.4.1 1º Momento: Levantamento bibliográfico e documental	101
3.4.2 2ª Momento: Coleta e Análise dos dados	103
4 RESULTADOS	114
4.1 1º MOMENTO: LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO E DOCUMENTAL	114
4.2 2ª MOMENTO: COLETA E ANÁLISE DOS DADOS.....	119
4.2.1 O Mapeamento Conceitual da regulação do acesso dos serviços públicos de saúde no DF	119
4.3 CONTEXTO DO ESTUDO – COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DF	125
4.4 PERFIL DOS PARTICIPANTES/ AMOSTRA.....	127
4.5 PUBLICAÇÃO DO ARTIGO	135
5 DISCUSSÃO	136
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	150
7 REFERÊNCIAS	153
8 ANEXOS e APÊNDICES	167
Anexo A - Parecer de Aprovação do Comitê de Ética	
Anexo B – Organograma da SES/DF	
Anexo C – Organograma do CRDF	
Apêndice 1 – Principais atributos dos artigos da revisão integrativa	
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Apêndice 3 – <i>Surveys</i> 1 e 2	

APRESENTAÇÃO

O estudo ora apresentado buscou analisar a regulação do acesso aos serviços públicos de saúde do Distrito Federal, sob a ótica do mapeamento conceitual e destina-se à conclusão do Curso de Doutorado em Ciências e Tecnologias em Saúde da Universidade de Brasília.

O capítulo inicial faz uma abordagem introdutória referente à temática de interesse ao fornecer uma visão geral sobre a relação da equidade do acesso e a regulação em saúde. Da mesma forma, ao abordar a metodologia de mapeamento conceitual, há uma descrição breve quanto aos conceitos e aplicações. Também são descritos a motivação e a justificativa da escolha do tema, além dos objetivos geral e específicos.

O segundo capítulo busca um aprofundamento teórico sobre a origem, os conceitos e a aplicabilidade da regulação em saúde no mundo e no Brasil, além de contextualizar dentro da realidade do Distrito Federal. O sistema de saúde distrital é caracterizado sob a ótica de redes de atenção e também é abordada a questão da judicialização do acesso aos serviços de saúde. Considerada um instrumento importante para a gestão, a regulação mostra-se potente ao executar seus processos rumo à equidade, e é nesse ponto que o mapeamento conceitual mostra sua força ao apontar as prioridades frente ao planejamento e avaliação.

O terceiro capítulo explica todo o percurso metodológico e os instrumentos utilizados para análise dos dados. Na sequência, tem-se a exposição dos resultados e o produto final obtido, o mapeamento conceitual da regulação do acesso, considerando a descrição de toda a sua lógica de construção. Por fim, o quinto capítulo descreve a discussão sobre os dados encontrados à luz do referencial teórico.

Quanto a mim, atuo como enfermeira e servidora pública há 21 anos na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, percorrendo os diversos níveis de atenção. Durante essa trajetória, conviver diariamente com a dificuldade de ofertar acesso aos usuários era algo que me incomodava bastante.

Logo, este estudo é a concretização de um sonho profissional que começou em 2003, quando recebi o convite para fazer parte, como membro técnico, da equipe precursora na implantação da Política de Regulação dos Serviços de Saúde no Distrito Federal, onde permaneço atuando.

Acreditei desde o início que o processo de regulação em saúde poderia ser a mola mestra para um sistema de saúde justo e efetivo, apesar de todos os percalços. Por causa disso, inúmeros questionamentos foram vivenciados no cotidiano do trabalho, entre eles: como dar acesso de modo oportuno à população? Quais as estratégias a serem adotadas para ampliar o acesso? Como diminuir as amarras burocráticas e promover a equidade do acesso? Como avaliar os processos empregados? E tantos mais...

Assim, busquei entender a regulação em saúde na sua sua essência e, ao longo desses 17 anos, lá se vão treinamentos, capacitações, pós-graduação, mestrado e agora um doutorado neste mesmo objeto. Tudo isso no intuito de contribuir para gestão e aprimoramento do processo regulatório, na certeza de que a tomada de decisão será a mais assertiva e equânime possível em benefício dos usuários.

A caminhada não foi fácil, muitos desafios foram vencidos e grandes obstáculos superados. Aprendemos todos os dias com cada área nova a ser regulada. Novos fluxos, novos protocolos, novos caminhos, novas decisões, novos processos, novos servidores, novos gestores, novos sonhadores. É gratificante olhar para trás e ver a robustez que tudo isso ganhou, mas ainda há muito o que se fazer e eu faço parte dessa história.

A Autora

1. INTRODUÇÃO

O acesso aos serviços de saúde tem sido alvo de debates em todo o mundo há várias décadas, visto que envolve não só a relação entre oferta e demanda, mas uma rede de interações e contextos multidimensionais e dinâmicos^{1,2,3}. Tais discussões perpassam políticas públicas de saúde, políticas sociais e econômicas fundamentais para o desenvolvimento de planos e metas sustentáveis no setor saúde, considerando os cenários nacionais e internacionais³, além dos fenômenos da globalização e crescimento econômico⁴.

A busca da equidade no acesso aos serviços de saúde é um objetivo explícito de muitos sistemas de saúde, no entanto, depara-se com inúmeras barreiras sejam físicas, econômicas, financeiras e outras para a utilização dos mesmos em tempo oportuno, de modo a atender às necessidades do usuário^{5,6,7}. Conceitos clássicos da economia, como demanda e oferta de bens e serviços, constituem importantes reflexões sobre o mercado em saúde no mundo e no Brasil⁸. A relação oferta/demanda pode ser entendida como a relação entre a capacidade de oferecer serviços de saúde e a necessidade de assistência de uma dada população, tornando-se, assim, o pilar de sustentação da dimensão econômica na saúde⁹.

Trata-se de um processo pelo qual a atividade do setor público e as forças de mercado são direcionadas para o bem da população¹⁰, fazendo com que os gestores, na busca da equidade do acesso aos serviços de saúde¹¹, utilizem a regulação como instrumento de gestão tornando-a um potente equalizador social do sistema¹², com vistas a amortizar a desigualdade relacional corrente no que diz respeito aos entes público e privado, além de atenuar a relação entre a necessidade, demanda e oferta, tornando-a coerente, compatível e sem grandes distorções^{11,5}.

Estreita-se, assim, a relação do conceito de regulação ao princípio da equidade, demonstrando que a regulação é uma importante ferramenta para a efetivação desse princípio^{13,14,15}, controlando não só o cumprimento das leis para a proteção dos indivíduos e das comunidades vulneráveis, como também controla a qualidade dos serviços¹⁶. Sob a ótica da demanda, a regulação do acesso busca qualificá-la, ou seja, disponibiliza o serviço de saúde mais adequado ao usuário, em momento oportuno e pautado em critérios de priorização de riscos. Sob o aspecto da oferta, o que se busca é a disponibilização de serviços e recursos assistenciais adequados às necessidades da população com base em critérios epidemiológicos¹⁷.

Nota-se que a prestação de serviços na área da saúde apresenta-se como um dos setores mais problemáticos para o exercício da regulação pelo Estado. As falhas de mercado que ocorrem no setor saúde justificam a regulação pelo Estado para alcançar a otimização na alocação e na distribuição dos recursos¹⁸. Cabe à regulação inter-relacionar a coordenação de atividades e a administração de conflitos para a busca de equilíbrio entre oferta, demanda e financiamento, com o objetivo de alcançar a eficiência e a equidade¹¹.

O foco da regulação na necessidade e demanda do usuário e não em amarras técnico-burocráticas que possam cercear o acesso aos serviços de saúde pressupõe que devam estar definidos protocolos, bem como mecanismos transparentes que contenham o conhecimento, a organização, a clareza, a estruturação, a pesquisa e a distribuição da informação como forte instrumento de gestão¹⁹.

Urge a necessidade de que a regulação em saúde, aliada à pactuação dos critérios de articulação entre o sistema público e o privado, tenha um controle mais rigoroso para preservação dos princípios da equidade. É importante dotar esse processo de instrumentos que garantam, de acordo com a necessidade de cada caso, a qualidade do atendimento aos pacientes e a alocação eficiente dos recursos médico-hospitalares¹⁷.

Para a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a regulação é definida como umas das funções essenciais de saúde pública as quais compõem um rol de atribuições inerentes à atividade gestora de um sistema de saúde²⁰. Desta forma, um dos desafios prementes aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) é o fortalecimento da oferta aliado à qualificação da demanda, a fim de estabelecer acesso à saúde com disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade, com conseqüente incremento na efetividade, na eficiência e, principalmente, na equidade do sistema de saúde brasileiro, conforme os princípios e as diretrizes estabelecidos¹.

No Brasil, sob a égide constitucional, a Política Nacional de Regulação (PNR)²¹ do SUS objetiva, precipuamente, promover a equidade do acesso à saúde, considerando a regulação como um instrumento de gestão que viabiliza o ordenamento da relação dos usuários com os prestadores de saúde, além de apresentar uma estreita interface com o planejamento, o controle, a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, buscando garantir a assistência integral aos usuários do SUS^{22,23}.

Tal política norteou a criação de Complexos Reguladores e Centrais de Regulação em todo o país com o intuito de intermediarem a demanda dos usuários por serviços de saúde²⁴. Para este estudo, o Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF) foi escolhido como campo empírico de pesquisa por apresentar um conjunto de estratégias que visam o acesso por meio da organização de uma rede pública articulada, a partir do planejamento estruturado em bases regionais¹⁷, tendo como um dos seus desafios a adoção de mecanismos de incorporação tecnológica para consolidar as ações desenvolvidas por todas as unidades que o compõe²⁵.

Apesar da regulação do acesso aos serviços de saúde subsidiar o redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão), qualificar a utilização dos recursos assistenciais e financeiros, coibir fluxos paralelos com base em relações pessoais e outros critérios não científicos ou não-pactuados²⁶, ainda apresenta fragilidades na sua execução, necessitando de novas ferramentas que possam fortalecê-la enquanto instrumento de gestão.

A utilização do mapeamento conceitual, idealizado por Trochim²⁷, pode ser uma dessas ferramentas. Seu uso tem sido relatado em diversas áreas do conhecimento, como educação, biologia, inteligência artificial, telemedicina, entre outros, desde níveis informais até níveis formais, como em sistemas especializados^{28,29,30}. Na saúde, seu emprego tem sido descrito em variados contextos e complexidades desde ações básicas de saúde a importantes processos que requeiram rigor e credibilidade científica^{31,32,33,34}, planejamento e avaliação, pois pode fornecer subsídios com um alto grau de organização, o que facilitará a tomada de decisões no processo gestor, uma vez que apresenta uma abordagem estruturada e rigorosa a ser utilizada eficazmente no processo de articulação dos modelos conceituais e lógicos subjacentes ao trabalho complexo e colaborativo no âmbito da investigação rigorosa³⁴, como é o caso, por exemplo, da área da saúde.

O mapeamento conceitual é definido como um método híbrido, um instrumento de análise que utiliza abordagens qualitativas e quantitativas, permitindo que ideias ou conceitos sejam representados em um dispositivo gráfico³⁵. Assim, por meio do mapeamento conceitual é possível entender como os diferentes aspectos de uma situação/problema se inter-relacionam, e o processo de sua construção pode se constituir numa simples reflexão acerca da situação problemática ou, de forma mais

elaborada, envolver a compreensão de uma situação mais complexa, que no presente estudo, caracterizou-se pela regulação do acesso aos serviços públicos de saúde.

Portanto, pode ser empregado em diferentes situações como ferramenta de pensamento reflexivo e resolução de problemas³⁶. Além do mais, o mapeamento conceitual é uma ferramenta útil que complementa os papéis da saúde pública, incluindo a avaliação, o desenvolvimento de programas e a definição de prioridades, subsidiando o processo de tomada de decisão^{37,38}.

Apesar da aplicabilidade do mapeamento conceitual ocorrer em diversas áreas do conhecimento^{39,40,41,42}, ainda há poucos estudos publicados no Brasil que relatam o uso do mapeamento conceitual na área da saúde especificamente, assim como uma escassez de pesquisas que versem sobre métodos que analisem processos de regulação de serviços de saúde. Para exemplificar, o estudo de Figueiredo e Hartz⁴³ traz uma reflexão sobre qual método deve ser adotado para avaliar a regulação em saúde, considerando fatores políticos e sociais, para além dos técnicos e mercadológicos, não se encaixando em modelos de avaliação já pré-definidos.

Por ser a regulação do acesso uma política de saúde e se apresentar como um importante papel frente ao planejamento estratégico, controle e monitoramento das ações e a avaliação tecnológica em saúde⁴⁴, questionou-se, neste estudo, a possibilidade da aplicação do mapeamento conceitual como um instrumento metodológico viável para analisar a integração e a interação dos processos de regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal. Para além, outros questionamentos também foram levantados: a) A aplicação do mapeamento conceitual poderia otimizar o processo regulatório vigente, considerando o acesso a todos os níveis de atenção, de modo a equalizar a relação oferta-demanda? b) O mapeamento conceitual poderia ser utilizado na regulação para auxiliar os processos de planejamento e avaliação com o intuito de apontar possíveis soluções aos problemas encontrados na gestão da saúde?

As pesquisas publicadas sobre regulação em saúde têm abordado, principalmente, uma lógica econômica na qual busca-se o equilíbrio da oferta e demanda. Entretanto, percebe-se a necessidade de estudos que visem à compreensão da estrutura, planejamento e avaliação da regulação como uma ferramenta subsidiária à gestão para a eficácia do sistema de saúde.

A relevância desta pesquisa pode ser percebida ao se notar o difícil acesso dos usuários aos serviços do SUS, de forma não equânime, realidade esta não só

percebida nos serviços públicos da saúde do Distrito Federal, mas em todo o Brasil, quando são noticiados os problemas decorrentes da gestão pública em saúde, associados à não aplicabilidade ou associabilidade dos conceitos de regulação na prática vigente das políticas públicas em saúde, a despeito de ser um poderoso instrumento de gestão.

Justificou-se, assim, o interesse pelo tema proposto devido à contemporaneidade da regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal e por trazer um ineditismo ao vincular diretamente a aplicação do mapeamento conceitual à gestão da saúde pública, especificamente ao processo de regulação do acesso.

Portanto, pretendeu-se com este trabalho analisar a aplicação do mapeamento conceitual como metodologia na regulação do acesso aos serviços públicos de saúde com vistas a subsidiar os processos de planejamento, avaliação, controle, monitoramento e tomada de decisão inerentes à gestão dos sistemas de saúde.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Analisar os processos de regulação do acesso aos serviços públicos de saúde do Distrito Federal sob a ótica do mapeamento conceitual.

1.1.2 Específicos

- 1.2.1 Caracterizar os participantes da pesquisa de acordo com o perfil sociodemográfico e profissional;
- 1.2.2 Relacionar os valores de tensão entre os diferentes processos de regulação;
- 1.2.3 Apreender a percepção dos participantes sobre os diferentes processos de regulação do acesso;
- 1.2.4 Construir o mapa conceitual da regulação do acesso aos serviços públicos de saúde do DF.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITO DE REGULAÇÃO

A origem do termo “regulação” surge na economia marxista francesa com os trabalhos de Paul Boccara e Destanne de Bernis, os quais debatiam o capitalismo monopolista do Estado⁴⁵. Inicialmente, o conceito de regulação foi utilizado para descrever os fenômenos de sobreacumulação e de desvalorização do capital^{46,47}.

Na década de 70, a Escola Francesa de Regulação foi criada a partir de uma crítica ao marxismo ortodoxo na tentativa de se compreender as transformações econômicas da época⁴⁸. Um dos conceitos adotados pela Escola foi o definido pelo filósofo Georges Canguilhem para o qual regulação é o:

“ajustamento, de acordo com certas regras ou normas, de uma infinidade de movimentos ou de atos e de seus efeitos, que sua diversidade ou sucessão torna-os estranhos uns aos outros”

Para Lipietz (1979), *apud* Boyer (1990)⁴⁸, regulação é o modo pelo qual as relações sociais se reproduzem apesar de seu caráter conflitual. Assim, para assegurar a continuidade do sistema, a sociedade cria maneiras como os mecanismos, os instrumentos e as instituições para superar a natureza contraditória de suas relações sociais⁴⁹.

A Teoria de Regulação desenvolvida pela Escola Francesa, ao considerar não só o cenário econômico mas também o político e o das ciências sociais, apresenta como eixo principal o estudo de Michael Aglietta que objetivou compreender as transformações do capitalismo no século XX através de duas separações, a saber: mercadoria e assalariamento⁵⁰, tendo na organização do Estado a totalização de um conjunto de compromissos institucionalizados que estabelecem regras e regularidades na sociedade⁵¹.

As formas estruturais do Estado mostram como a organização das autoridades públicas se inserem no dinamismo econômico⁵². Logo, uma intervenção estatal, sob a visão da teoria econômica clássica, pode ser entendida como para corrigir “falhas de mercado”^{53,54}, levando-se em consideração a bipolaridade da relação oferta-demanda²⁰ e o uso de instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle⁴⁷.

Consideram-se “falhas de mercado” quando as perfeitas condições de competição, voltadas para a “lei da oferta e da demanda”, não estão plenamente

satisfeitas⁵⁴. A existência de falhas de mercado justifica a intervenção do Estado na economia, porém a intensidade da intervenção dependerá diretamente da intensidade dessas falhas¹⁸.

Ao definir regras e critérios de organização e prestação dos serviços para a atuação dos mercados, o Estado utiliza a regulação para influenciar deliberadamente qualquer área ou setor ligado à sociedade⁵⁵, evitando que práticas desenvolvidas em setores econômico ou social sofram variações que extrapolem limites estabelecidos⁵⁶.

Portanto, são características primordiais de um Estado regulador quando este define orientações e alvos a serem alcançados no estabelecimento de políticas públicas e de um sistema de monitorização e avaliação para a análise dos resultados esperados, pontos fundamentais para harmonizar e articular a oferta e demanda, com vistas à otimização da alocação dos escassos recursos disponíveis para a sociedade^{17,18}.

A intervenção do Estado no domínio social e econômico, por intermédio das políticas públicas, tem como pressuposto a necessidade de regular a ação de diversos atores políticos, agentes econômicos e instituições, propiciando as condições de equilíbrio das relações e a reprodução social.

É nesse sentido que se diz que o Estado é, de fato, um complexo regulador, assumindo papéis essenciais, teoricamente em nome do interesse público e do bem comum, numa situação contraditoriamente marcada por uma sociedade dividida em classes sociais com interesses distintos^{57,58}.

Assim compreendida, pode-se dizer que o termo regulação é frequentemente usado quando se refere aos serviços que funcionam sob concessão do Estado para suprir necessidades da população¹¹.

Trata-se de uma função essencial para a manutenção do equilíbrio de qualquer sistema em função do Estado, das estruturas econômicas e das formas sociais^{48, 59}. São os meios de que uma nação dispõe para controlar seus sistemas por meio de mecanismos corretivos¹² que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos para o alcance de resultados que podem estar relacionados à satisfação do consumidor ou ao atendimento das necessidades mais prementes de uma população⁶⁰.

A regulação aparece, então, como uma maneira de propiciar eficiência econômica ao se garantir o adequado funcionamento do mercado na busca pelo bem-

estar de consumidores e usuários, ao mesmo tempo em que incentiva investimentos necessários para o desenvolvimento econômico^{59,61}.

No Brasil, o conceito de regulação não foge à regra, tendo como fundamentação a macropolítica de ajuste econômico, de viés neoliberal, a partir da privatização de setores estratégicos⁶². O termo passou a ser empregado, principalmente com o surgimento das agências reguladoras federais, na década de 90, transferindo-se para o setor privado, por meio dos processos de privatização e desestatização, os serviços públicos até então executados exclusivamente pelo Estado²⁰.

A ação do Estado em função do interesse público pode ser observada quando a regulação, basicamente, se referir à ação de uma agência pública sobre serviços de valor para a coletividade. Essa ação pressupõe uma autoridade pública formalmente constituída, que centraliza as ações de regulação, atuando por fora das relações comerciais e governamentais⁶³.

Chama a atenção o fato de que o conceito de regulação pode assumir sentidos completamente distintos e vem ao longo do tempo sendo aprimorado e usado conforme as mudanças políticas, sociais e econômicas⁶⁴.

De um lado, a regulação pode ser interpretada como uma intervenção ativa e consciente do Estado ou de outras organizações coletivas. Por outro lado, é entendida como uma conjunção dos mecanismos que promovem a reprodução geral, em função de estruturas econômicas e formas sociais vigentes⁴⁸. É facilitadora e positivamente incentivadora de comportamentos e restritiva e preventiva face às atividades ou ocorrências consideradas indesejadas pelo Estado⁶⁵.

No entanto, a complexidade da regulação depende do contexto institucional específico e dos agentes que esse contexto admite como participantes, como por exemplo, determinados grupos de interesse, uma vez que a ideologia, princípios, valores e interesses políticos têm papel importante na análise do processo regulatório⁴⁷.

2.2 A REGULAÇÃO EM SAÚDE

Sob o prisma da equidade, a regulação é imprescindível para assegurar que se atinjam os grandes objetivos sociais do sistema de saúde, equilibrando as numerosas falhas de mercado e/ou falhas do governo que caracterizam esse setor⁶⁶.

Todavia, o mercado da saúde está em constante evolução e para que se alcance o melhor custo-benefício, algumas condições devem ser apresentadas: a) a certeza e a soberania de que o consumidor saiba exatamente o que deseja, quando e onde pode encontrar, sem interferências; b) nenhuma externalidade que afete a decisão positiva ou negativamente na escolha de um bem ou serviço; c) informação correta sobre o serviço ou produto, e; d) ausência de monopólio⁵⁴.

Entretanto, nenhuma das condições de perfeita competição se apresenta na área da saúde, visto que os mercados são considerados muito complexos, tendencialmente ineficientes, pouco competitivos, incapazes de produzirem equidade apresentando todas as falhas possíveis como assimetria de informação, monopólios naturais e até mercados incompletos^{65,67}.

Assim, a regulação em saúde representa uma área estratégica de atuação federal, tendo em vista os fortes interesses econômicos envolvidos no setor saúde. Trata-se de uma ação política de garantia de direitos sobre os interesses do mercado⁶⁰.

Como efetivador das políticas públicas em saúde, o Estado utiliza a regulação como um poderoso instrumento de gestão na busca do estabelecimento de regras definidas para atuação dos mercados, o que configura a passagem de um Estado prestador para um Estado regulador¹⁷.

Claramente, a regulação em saúde tem um papel importante não só em relação ao cumprimento das leis mas também na proteção da população impedindo fraudes e garantindo padrões mínimos de qualidade dos serviços de saúde. Trata-se de um processo pelo qual a atividade do setor público e as forças de mercado são direcionadas para o bem público^{10,16}.

Importante ressaltar que a imperfeição de mercado restringe os cuidados de saúde aos consumidores com capacidade para pagar e não a todos que dele necessitam; sendo a função reguladora do Estado fundamental para harmonizar e articular oferta e procura em situações particulares, não estando em causa o cumprimento das mesmas regras da economia geral⁶⁶.

Portanto, a prestação de serviços na área da saúde apresenta-se como um dos setores mais problemáticos para o exercício da regulação pelo Estado. Regular não se resume ao macroprocesso ou ato de regulamentar, mas, também inclui uma gama de ações que verificam se a produção em saúde se dá conforme as regras

estabelecidas, além de definir os mecanismos utilizados na formatação e no direcionamento da assistência à saúde propriamente dita^{60,68}.

Atualmente, e na maioria dos países, os prestadores de serviços de saúde estão sujeitos a uma forte intervenção regulatória e isto faz com que o Estado assuma um papel diferente tornando-se cada vez mais exigente, complexo e sofisticado, visando disciplinar eventuais excessos de interesses privados egoístas e contraproducentes^{65,69}.

A busca por equidade no acesso aos serviços de saúde tem sido objeto explícito de muitos sistemas de saúde. Com isso, vários países têm se preocupado mais enfaticamente com a questão da regulação, utilizando diferentes estratégias para alcançar sua efetividade que podem passar por uma descentralização, por uma autorregulação supervisionada, por mecanismo de acreditação, ou ainda, pela criação de agências reguladoras independentes.

Em Portugal, optou-se por proteger constitucionalmente o acesso à saúde através de um Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito em função da necessidade da população e não da sua capacidade de pagar, assumindo a responsabilidade coletiva de, por meio dos impostos, financiar as atividades do sistema vigente. A regulação em saúde assume um caráter autônomo com diversas realidades institucionais, diferentes atribuições, capacidades jurídicas e âmbitos de intervenção, o que configura uma autorregulação de mercados em contraponto à regulação exógena do Estado^{69,70}.

Entretanto, o estado português reconhece a importância dos setores privado e social como prestadores de serviços de saúde como atividade complementar para o setor público, contratando-os e submetendo-os às mesmas regras de atuação dos prestadores públicos. Regras essas formuladas criteriosamente pela Entidade Reguladora da Saúde que tem função precípua de assegurar a supervisão da atividade e o funcionamento das unidades prestadoras, no que diz respeito ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso da população à saúde, à observação dos níveis de qualidade e segurança e aos direitos dos usuários⁶⁹.

No Reino Unido, o serviço nacional de saúde (*National Health System – NHS*), criado em 1948, tem no Estado a responsabilidade pela prestação de serviços gerais de saúde, além do princípio do acesso igual para todos os cidadãos. Por permitir que qualquer entidade pública ou privada, devidamente licenciada, possa prestar serviços

ao sistema, houve a necessidade de se criar novas formas de regulação que assegurassem o funcionamento do mercado em benefício da população, além de se introduzir políticas que garantissem a livre escolha dos pacientes em relação ao tratamento médico. Assim, a regulação em saúde compreende dois elementos primordiais: a regulação da qualidade e da segurança do serviço de saúde prestado e a regulação do mercado da prestação de serviços. Existem ainda uma regulação profissional e uma regulação setorial para cada área de saúde. O setor da saúde não é regulado como um todo, mas sim consideradas as diversas atividades de um modo isolado^{63,69}.

No entanto, o modelo regulatório inglês, por sua longa tradição, tem a vantagem de regular o desempenho das entidades prestadoras baseado na publicação, por parte da entidade reguladora, de um conjunto abrangente de informação, categorizada através de indicadores de estrutura e de processo, bastante detalhados, além dos indicadores de resultados, no sentido de melhorar a eficiência e a gestão do sistema⁶⁵.

Há uma descentralização horizontal por meio da concessão do poder regulador da autoridade central para uma entidade com forte autonomia enquanto organismo público⁶⁹. Além disso, a regulação traz consigo o ônus de prestar as informações para auditoria e fiscalização, bem como respaldar a prestação de contas dos serviços de saúde prestados⁷¹.

A França possui um sistema de saúde universal, em grande parte financiado pelo Estado através de um sistema de seguro nacional de saúde. Seu modelo regulatório pertence ao Estado que, por meio de “agências de saúde”, garante o interesse público e a melhoria de saúde da população mediante políticas de saúde, gestão de riscos e um acesso sustentável aos serviços, além de garantir a igualdade na prestação dos serviços.

Tais agências são responsáveis pela implementação das regras a um nível local. O fator limitador da regulação é a dificuldade de reconhecer a distinta responsabilidade entre os profissionais, gestores e usuários do sistema de saúde, uma vez que dois terços dos profissionais da saúde são trabalhadores independentes⁶⁹.

A Bulgária compartilha com muitos outros países da Europa Central e Oriental o desafio de passar de um sistema de saúde de estilo soviético, em que o Estado era o principal financiador e fornecedor de serviços de saúde, para um sistema mais pluralista, com uma variedade de fontes de financiamento, incluindo um sistema de

seguro de saúde e um papel mais forte do setor privado. Para isso, a regulação em saúde foi utilizada como instrumento de gestão sobre os prestadores de serviços em saúde para se estabelecer um sistema de financiamento sustentável⁷².

No Canadá, a regulação em saúde é concretizada através de vários mecanismos para garantir a qualidade dos serviços, a sua acessibilidade e segurança, particularmente num contexto de um sistema de saúde exclusivamente público. Para isso, o *National Institute for Clinical Excellence in Health and Social Services* (INESSS) tem a missão de avaliar a relevância da introdução de inovações na oferta de serviços de saúde e serviços sociais à população, a fim de otimizar os resultados em saúde e os benefícios econômicos⁷³.

Nos Estados Unidos, a regulação em saúde apresenta uma complexidade que é gerada pela estrutura federal do governo americano o qual divide o poder entre si e os estados, acrescida da intervenção do setor privado, incluindo aspectos importantes do sistema de uma autorregulação considerada simbiótica. Esse desenho de autoridade reguladora cria condições para a competição e o confronto entre quatro diferentes tipos de áreas reguladas: profissionais, serviços de saúde, seguros de saúde e medicamentos⁷⁴.

Por último, na Espanha, o Sistema Nacional de Saúde visa fornecer uma cobertura universal, pública, com acesso gratuito e descentralizado verticalmente para as chamadas Comunidades Autônomas que executam os processos regulatórios. Um dos pontos fortes é a transparência da informação e publicidade junto à população acerca desses processos, como por exemplo, a fila de espera. A descentralização é considerada exemplo sob o ponto de vista político da gestão do sistema de saúde espanhol com progressiva transferência de poder, o que tem permitido um acesso mais igualitário aos serviços de saúde e a incorporação de novas tecnologias^{69,75}.

Em todos os exemplos citados, apesar da delegação de funções ou dos processos de descentralização de poderes utilizados como estratégias de regulação em saúde, o Estado não se exime de sua responsabilidade, podendo intervir ou avocar para si, em última instância, para garantir o cumprimento das normas legais, transferindo ações para o setor privado, ou agindo em parceria com agentes sociais.

Transforma-se, assim, o antigo Estado centralizador da produção do bem público em um moderno Estado coprodutor, mas ainda na condição de responsável último por sua produção^{11,69}.

Outras lógicas de regulação também podem resultar na produção do cuidado, conforme cita o estudo de Cecílio *et al* (2014)⁷⁶, uma vez que a regulação é considerada uma produção social que comporta diferentes visões, racionalidades ou regimes. Sob esta ótica, quatro tipos de regimes de regulação são identificados: governamental, profissional, clientelístico e leigo. A regulação *governamental*, praticada por gestores e equipes regulatórias, tem como ponto principal a formulação de políticas, protocolos e outros instrumentos baseados nas dimensões da universalidade e equidade para a garantia do acesso aos serviços com uma racionalização criteriosa na utilização dos recursos.

A regulação *profissional* envolve os atores que operam a regulação governamental que aprendem a usar e flexibilizar as regras da regulação formal a depender do que eles avaliam como serem as necessidades dos usuários, criando, muitas vezes, regras informais.

A regulação *clientelística*, realizada por políticos ou ocupantes de cargos estratégicos, funciona burlando os fluxos normais por meio de pressão e/ou barganha (acesso em troca de votos), diminuindo, assim, a capacidade de produção de equidade. Por fim, a regulação *leiga*, feita pelos usuários dos serviços, tem caráter informal e mobiliza estratégias frente às demais regulações produzindo o próprio mapa de cuidados.

Portanto, a regulação é que permite ao sistema, através dos seus órgãos reguladores, identificar perturbações, analisar e tratar as informações relativas a um estado de desequilíbrio e transmitir um conjunto de ordens coerentes a um ou vários de seus órgãos executores⁷⁷.

A existência de um sistema é pressuposta quando o funcionamento deste seja regulado a partir de regras e parâmetros acordados entre as partes executoras e reguladoras. Alude-se à ideia, não mais do equilíbrio entre oferta e demanda, e sim à do equilíbrio entre órgãos executores e reguladores, o que resulta em benefícios para todos os usuários do sistema.

Caracteriza-se, assim, como um instrumento de gestão com potência para sinalizar, de forma sistematizada, os pontos de estrangulamento com vistas à consolidação do acesso às tecnologias de saúde existentes de forma mais equitativa e justa para a população¹⁷.

2.3 A REGULAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Na Constituição Federal⁷⁸ de 1988, foi estabelecido que os cidadãos têm o direito de acesso universal e integral aos cuidados de saúde. Em consequência, as atribuições do Estado com vistas a garantir esse acesso ampliaram-se significativamente.

A Carta Magna garante aos cidadãos o direito de acesso universal e integral à saúde, observado como direito individual, e privilegia o princípio da igualdade para que todos tenham o acesso aos serviços de saúde devidamente ofertados à população⁷⁹.

Portanto, torna-se necessário compreender a regulação em saúde como uma forma de garantir o acesso aos serviços, aludindo-se assim, não só ao direito individual, mas principalmente ao direito coletivo à saúde⁶⁰.

Logo, a regulação é função de Estado que visa responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-las às necessidades sociais e coletivas⁵⁸.

A Lei 8.080/90, também chamada de Lei Orgânica de Saúde⁸⁰, estabelece expressamente, em seu Art. 7º os princípios que regem o SUS, que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

- Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

De todos esses princípios e diretrizes que regem a atenção à saúde no SUS, ganham um enfoque especial os princípios da universalidade, integralidade e da equidade, chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular, chamados de princípios organizacionais. As diretrizes para gestão do SUS têm ênfase na Descentralização, Regionalização, Financiamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regulação, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Participação e Controle Social.

A Lei Orgânica não apenas reforçou a atribuição municipal de planejamento e execução dos serviços de saúde, como ampliou a função da União de alocação de recursos e regulação do desempenho das ações municipais e estaduais¹⁸.

A descentralização das ações de saúde para estados e municípios determinou a divisão de responsabilidades e atribuições entre os níveis de governo federal, estadual e municipal, assim como entre cidadãos, setor público e setor privado. Assim, o sistema de saúde brasileiro apresenta a singularidade de coexistir unindo um subsistema público – o SUS – e subsistemas privados representados por planos e seguros de saúde que compõem a saúde suplementar. Apesar do paradoxo de ser o SUS um sistema gratuito e de abrangência universal, ele conta com menos recursos que o privado, o que desafia a regulação em relação ao cumprimento do princípio da equidade^{20,81}.

A regulação em saúde tem sido discutida principalmente devido à dificuldade de acesso aos serviços considerando as peculiaridades do sistema que reforçam a importância de se adequar a regulação sanitária às necessidades da população^{75,56}. Sua ocorrência é para proteger os cidadãos/consumidores das falhas existentes no mercado, ou seja, visa corrigir ineficiências do mercado, estabelecendo regras entre consumidores e empresas/operadoras de planos de saúde, coibindo práticas abusivas⁸¹.

Historicamente, desde a época dos extintos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), existe a regulação em saúde estabelecendo regras para a utilização de serviços de saúde por seus beneficiários. Com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), posteriormente Instituto

Nacional da Previdência Social (INPS) e a expansão de ampla rede de prestadores privados por todo o país, intensificou-se a necessidade de um maior controle, uma vez que os pagamentos dos serviços eram por procedimentos.

A regulação, ainda que incipiente, se dava em vários aspectos: comercial, administrativo, financeiro e assistencial, por estar ainda muito centradas nos gastos, na imposição de regras e fluxos normativos⁵⁴.

As bases fundamentais do modelo regulatório brasileiro foram demarcadas ao longo do processo de construção do SUS marcado pela elaboração de normas tendo na promulgação da Constituição Federal⁷⁸ e nas leis orgânicas da saúde o arcabouço legal que sustenta todo o sistema⁵⁸.

Com o objetivo de apoiar a organização do sistema de saúde brasileiro, a regulação deve ser entendida como um conjunto de ações contidas em macroprocessos de gestão que deve ser desenvolvido de forma dinâmica e integrada para otimizar os recursos disponíveis, qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos serviços de saúde, além de compreender a elaboração de atos normativos que regulem ou regulamentem o setor saúde e outras questões que impactem em seus determinantes⁸².

O SUS, como sistema nacional de saúde brasileiro, apresenta uma estrutura moldada na participação tanto do setor público como na do setor privado e a legislação determina que se tenha a participação das três esferas de governo, estruturado em uma rede articulada, regionalizada, descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, exercida, respectivamente, pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde⁸⁰.

Apesar das controvérsias quanto à autoridade para regular, seja do estado ou do município, permanece a convicção de que os provedores de serviços devem estar sob regulação, independentemente de serem entes públicos ou privados, uma vez que a ação regulatória otimiza os recursos disponíveis e favorece o devido acesso aos usuários¹¹.

Os governos, nos três níveis da Federação, devem ter autoridade sobre os provedores de serviços públicos e privados, regulando suas atividades, de modo a garantir que os cidadãos tenham um atendimento de qualidade, gratuitamente, e que os provedores sejam eficientes, de modo a reduzir os custos de operação do sistema⁸³.

Para tanto, foram criadas as normas operacionais do SUS que são portarias do Ministério da Saúde, editadas a partir de 1991, consideradas potentes instrumentos de regulação do processo de descentralização, conforme tratam dos critérios e dos mecanismos de transferência de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios. Ao longo da década de 1990 foram editadas quatro dessas normas - as Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS 01/91⁸⁴, 01/92⁸⁵, 01/93⁸⁶ e 01/96⁸⁷.

No aspecto formal, as Normas Operacionais apresentam a peculiaridade de regularem o próprio processo de descentralização e o papel das esferas governistas, transcendendo o conteúdo da Carta Magna de 1988 e de leis da saúde no desenho institucional do SUS. Além do objeto principal da descentralização da gerência e do financiamento, as Normas Operacionais também regulam marginalmente outros aspectos relevantes da efetivação do SUS, ao tratarem questões como remuneração dos prestadores de serviços, modelo de atenção, sistemas de informações e organização da rede de serviços.

Com a NOB/96, pretendia-se que os municípios se capacitassem para regularem as operações de todos os provedores de serviços – fossem eles públicos ou privados, em qualquer nível de complexidade.

O debate mais aprofundado em relação ao conceito, práticas e finalidades da regulação em saúde iniciou-se a partir de 2001 com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001⁸⁸ e 01/2002⁸⁹, e a principal tentativa na época foi definir os papéis dos níveis de gestão no processo regulatório⁵⁴, além de ampliar a responsabilidade da atenção básica para os municípios, reservando à União e aos estados a gestão da média e alta complexidade⁷⁸.

A NOAS/SUS/01⁸⁸ conceitua regulação como gestão em saúde e deve estar voltada para a disponibilização do recurso mais adequado às necessidades do usuário. Em corroboração, a Portaria SAS/MS nº 423/2002⁹⁰ é publicada como o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS. De acordo com essa portaria, a regulação é “capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diversos níveis e etapas do processo de assistência, de forma a integrá-la às necessidades sociais e coletivas. Cabe a ela promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial

disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional”.

A regulação no SUS ganha força após a criação e publicação do Pacto pela Saúde⁹¹, divulgado pelas Portarias MS/GM n.º 399/2006 e MS/GM n.º 699/2006, que tem como principal finalidade a busca de maior autonomia para os estados e municípios no que tange aos processos normativos do SUS, definindo a responsabilidade sanitária de cada esfera de governo, tornando mais claras as atribuições de cada um, contribuindo assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS.

Permitiu-se com o Pacto nova oportunidade de discussão política das relações interfederativas na construção do SUS, com ênfase em regionalização, financiamento, descentralização e regulação. A necessidade de reafirmar pactos existentes e construir novas pactuações difundiu no território nacional a importância da regulação para a construção e consolidação desses pactos com o intuito de fortalecer a estruturação das redes integradas de serviços de saúde^{91,92}.

A responsabilização pactuada da gestão pública da saúde delimitada por níveis de competência e complexidade da rede de serviços aponta para a pactuação dos fluxos assistenciais, matriciamento e o desenho das linhas de cuidado para assegurar os processos de referência e contrarreferência e articular gestão do sistema e produção do cuidado⁵⁸.

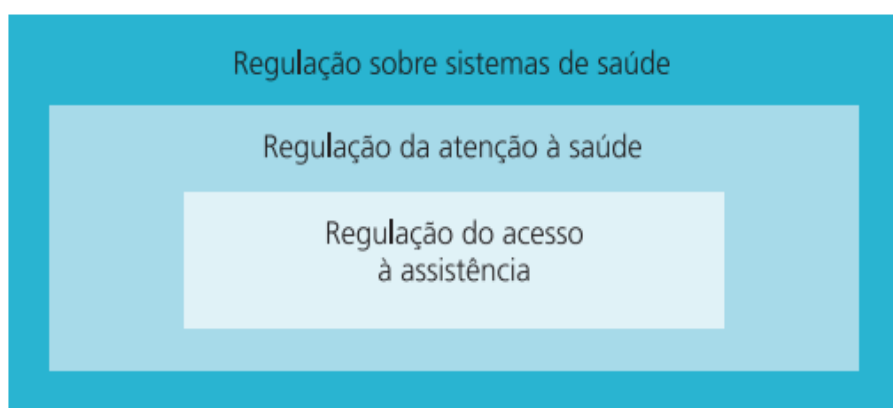
Ao considerar as diretrizes do Pacto de Gestão⁹¹, a PNR²¹ propõe ainda algumas demandas aos gestores para que as cumpram como implantação e/ou implementação de complexos reguladores e de sistemas informatizados de regulação, otimização da contratação de serviços assistenciais no âmbito do SUS e, por fim, capacitação e educação permanente das equipes gestoras estaduais e municipais e de todos os envolvidos no processo para a operacionalização das ações de regulação⁹³.

Importante ressaltar que as pactuações intermunicipais e/ou interestaduais com mecanismos de financiamento das ações por meio da Programação Pactuada e Integrada (PPI) e do Plano Diretor de Investimentos fazem parte do rol de ações de natureza regulatória, visando adequar a oferta à demanda de serviços com base nas necessidades, na capacidade física instalada e na densidade tecnológica dos estabelecimentos de saúde⁸².

O Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação²¹ do SUS, por meio da Portaria GM/MS n° 1.559, de 1°/08/2008, com o objetivo de promover o acesso equânime, universal e integral dos usuários aos serviços de saúde, bem como aperfeiçoar a utilização dos serviços em busca da qualidade da ação, da resposta adequada aos problemas clínicos e da satisfação do usuário, sem que haja a fragmentação do cuidado¹¹.

Identificou-se nas diretrizes por ela apresentadas, uma forma de se reorganizar a rede de serviços para que o acesso da população aos serviços de saúde seja disponibilizado de forma equânime, oportuna e sistemática.

A partir de sua publicação foram estabelecidas distinções entre os diversos níveis da regulação em saúde que estão organizados em três dimensões que devem funcionar de maneira integrada, de acordo com a sua atuação nos sistemas de saúde público e privado (Regulação sobre sistemas), sobre a produção direta das ações e serviços de saúde (Regulação da atenção) e sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde (Regulação do acesso)⁶⁰, conforme a Figura 1:



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

Figura 1. Classificação da regulação em saúde no Brasil.

As ações de regulação em saúde desenvolvidas nas citadas dimensões estão diretamente relacionadas e interligadas às ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS, o que possibilita a atuação dos gestores quanto às responsabilidades sanitárias em nível federal, estadual, municipal para melhorarem e qualificarem o acesso dos usuários aos serviços de saúde^{58,60,94}.

Todavia, não se pode deixar de considerar o exposto por Feliciello e Vilalba (2016)⁹⁵ os quais destacam que a regulação em saúde no Brasil tem sido organizada

de modo pulverizado, acarretando no surgimento de um conjunto de organismos e instituições que se ocupam de partes e não do todo da regulação, o que pode gerar muitas vezes equívocos e falhas, em razão da falta de uma visão mais abrangente.

Observa-se que o processo de regulação ainda é incipiente e um dos principais desafios é entender sua natureza, avanços, limites, a dimensão da organização do subsetor, o financiamento da oferta de serviços, as modalidades assistenciais, suas redes e a complexidade dessas relações⁹⁶. É a partir do entendimento do processo de regulação existente que se vai compreender a realidade do modelo assistencial praticado e condizente com as necessidades da população⁹⁷.

A regulação não se deve limitar às relações econômicas e de mercado, mas deve levar em conta as políticas setoriais, as formas de financiamento e organização dos serviços de saúde, assim como a oferta e organização de recursos humanos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a inovação e a garantia de acesso aos serviços.

Caso contrário, dificilmente a regulação contribuirá para a garantia do direito à saúde e para um maior conhecimento do sistema de saúde e de seus modos de organização por parte do cidadão, retirando-lhe as possibilidades de um maior protagonismo nessas relações.

Frise-se que a saúde é um dever do Estado e em regra deve ser prestada por ele, e apenas, excepcionalmente, pela iniciativa privada⁸¹. Em que pese as melhorias e avanços na área da regulação, o Estado brasileiro ainda apresenta falhas no que tange à responsabilidade social em saúde, visto que tem o poder de impor uma estrutura planejada que possa proteger o interesse público contra a intervenção dos interesses privados¹⁷.

2.3.1 A Regulação sobre Sistemas de Saúde

A regulação sobre sistemas de saúde é definida a partir dos princípios e diretrizes do SUS. Como objeto estão os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos. Tem sido empregada em duas grandes vertentes.

A primeira é relativa ao subsistema público e tem como escopo o controle de acesso dos usuários aos serviços de saúde, bem como o ato de criar e implementar regras, observado pela criação e implementação da PNR²¹ em todo o estado

brasileiro. A segunda refere-se ao subsistema privado e objetiva a correção de falhas nas relações do mercado da saúde impedindo distorções^{20,94}.

A principal atribuição da regulação sobre sistemas de saúde, seja na lógica pública ou privada, envolve tanto o ato de regulamentar/elaborar leis, regras, ou normas, quanto as ações e técnicas que asseguram o cumprimento dessas leis como a fiscalização, o controle, a avaliação, a auditoria, as sanções e as premiações⁶⁰.

No SUS, a regulação de sistemas de saúde é constituída por um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas com o objetivo de estruturar, fortalecer e consolidar o sistema de Saúde⁸², como:

- Elaboração de atos normativos que regulem ou regulamentem as ações de saúde pública;
- Planejamento em saúde, de forma contínua, articulada e integrada, com definição de objetivos, direção e fortalecimento do processo de gestão;
- Avaliação da incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e a exclusão de tecnologias;
- Incorporação de modalidades de tecnologia da informação que agilizem o fluxo das informações e promovam a transparência pública;
- Monitoramento, controle e a avaliação que permitam a intervenção sobre os problemas identificados, com vistas à melhoria contínua do Sistema;
- Auditoria para qualificar e fortalecer a gestão do SUS;
- Criação de estratégias para o fortalecimento da participação social.
- Vigilância em Saúde em relação ao controle das doenças transmissíveis, das doenças e agravos não transmissíveis, da situação de saúde, da ambiental, da saúde do trabalhador e da vigilância sanitária.

À luz da Constituição Federal de 1988, o acesso à saúde é garantido de modo universal e gratuito, porém, ao mesmo tempo há um paralelismo em relação à participação maciça do setor privado na produção de bens, tecnologias e serviços.

Neste sentido, a partir dos anos 1990, foi necessário estabelecer regras sob a ótica econômico-financeira para disciplinar e controlar o mercado de assistência à saúde, com o intuito de se evitar o surgimento de monopólios e combater a evasão fiscal advinda do estatuto jurídico de filantropia de muitas organizações de saúde²⁰.

Coube ao Ministério da Saúde a responsabilidade de regulamentar e fiscalizar a saúde privada, o que culminou na criação de duas agências reguladoras. A primeira, de cunho social, foi a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da

Lei nº 9.782/99⁹⁸, com vistas a atuar, não em um setor específico da economia, mas em todos os setores relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde da população brasileira. Sua competência é atuar tanto na regulação econômica do mercado (definição de preços e monitoramento do mercado) quanto na regulação sanitária (registros de medicamentos)¹⁷.

A outra agência reguladora criada foi a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei nº 9.961/00⁹⁹, com a finalidade de regulamentar os planos privados de saúde, baseada no interesse coletivo. A política regulatória de planos de saúde se resume a garantir a competitividade no mercado e a evitar monopólios que inviabilizem o próprio mercado⁸¹.

A criação das agências fez parte de uma mudança na redefinição do papel do Estado, da sua gerência, de suas responsabilidades e da sua relação com a economia. A reforma do Estado, instituída no período, não só definiu a regulação como política de Estado, como também estabeleceu as responsabilidades estatais para os setores privado e público. A modernização dos sistemas de saúde impõe uma regulação complexa, muitas vezes realizada por várias organizações ou sistemas e nem sempre estes estão numa visão convergente. Assim, a regulação exercida por essas agências possui o papel fundamental no cumprimento das políticas determinadas pelo Estado e sua função legal é gerencial (técnica), de controle e fiscalização sobre os entes regulados no setor de saúde suplementar^{73,81}.

Cabe salientar que em casos de utilização dos serviços do sistema público de saúde por beneficiários de operadoras de planos de saúde, deverá ocorrer o reembolso das despesas, desde que os serviços demandados pelo beneficiário estejam previstos em contrato. A ANS⁹⁹ é a responsável por cruzar os dados por meio da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e por Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC), identificando os beneficiários que utilizaram os serviços públicos e, conseqüentemente, informando às operadoras para que ressarcam o SUS²⁰.

As agências reguladoras em saúde apesar de terem sido criadas com a finalidade de regular o sistema privado, têm suas funções primordiais inscritas no campo das políticas sociais¹⁰⁰. Nessa lógica, o poder de regulação vinculado à elas deve, conseqüentemente, observar princípios e diretrizes peculiares, de modo a promover, baseadas na Constituição Federal, a saúde como um direito social de cidadania^{81,100}.

2.3.2 A Regulação da Atenção à Saúde

A regulação da atenção à saúde consiste em um processo de gestão, constituído por um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas com o objetivo de organizar a atenção à saúde¹⁰¹.

De acordo com a PNR²¹, essa dimensão da regulação tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população. É exercida nos diversos níveis de complexidade pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. Seu objeto é a produção de todas as ações diretas e finais relacionadas aos prestadores de serviços públicos e privados de saúde. A prestação dos serviços deve obedecer a uma lógica de equidade e, desta forma, a regulação da atenção à saúde se apresenta como um instrumento de gestão que busca garantir o acesso de maneira programada e ordenada^{20,60}.

Os principais sujeitos desta regulação são os gestores estaduais e municipais que definem estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência, também denominada de Regulação Assistencial. A regulação da atenção à saúde é efetivada pela contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial contempladas pelas seguintes ações^{21,82,93}.

- Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- Cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde;
- Programação das ações e dos serviços de saúde, explicitando a pactuação entre os gestores, a chamada Programação Pactuada e Integrada (PPI);
- Contratualização de serviços de saúde, segundo as normas e políticas específicas do Ministério da Saúde;
- Elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais;
- Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS);
- Avaliação analítica da produção, ou seja, controle assistencial das ações e dos serviços de saúde, buscando a conformidade da estrutura, por

meio de supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar;

- Avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários (PNASS);
- Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde (Vigilância Sanitária);
- Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde (Vigilância Epidemiológica);
- Utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso;
- Monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços de saúde, visando à produção de informações estratégicas que subsidiem o processo de tomada de decisão;
- Auditoria das ações e dos serviços de saúde, por meio da verificação da legalidade dos atos, contribuindo para o fortalecimento da gestão, com vistas a qualificar a prestação de serviços.

2.3.3 A Regulação do Acesso à Assistência à Saúde

Também denominada de regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais. Para tanto, realiza atividades de regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização²¹. Promove, assim, a equidade do acesso à saúde, garantindo a integralidade da assistência, permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma ordenada, oportuna e racional¹¹.

A definição dada pelo Ministério da Saúde (MS) é que a regulação do acesso deve ser vista como um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a esses²⁴.

Neste raciocínio, a regulação assistencial tem como uma das principais ações instituir processos de trabalho baseados em protocolos de regulação e na programação assistencial. Ela subsidia a gestão da clínica, possibilitando o caminhar nas linhas de cuidado, organizando e coordenando os fluxos de acesso às ações e aos serviços de saúde, com ênfase na necessidade do cuidado, considerando a

referência e a contrarreferência entre os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

Cabe à regulação do acesso propor e coordenar a utilização de protocolos de regulação que contemplem fluxos de acesso às ações e aos serviços de saúde, critérios de encaminhamentos, classificação de risco e priorização, além de constituir agenda permanente nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) para discutir e aperfeiçoar os processos de regulação, na respectiva região de saúde, por meio da criação de comitês regionais ou grupos de trabalho de regulação⁸².

Vale ressaltar a importância do uso de protocolos, de modo a disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada a cada caso, além de instrumentos que garantam, também, o acesso à assistência, a qualidade do atendimento aos pacientes e a alocação eficiente dos recursos imprescindíveis à prestação dos serviços capazes de responder às necessidades de cada um¹⁷.

A regulação do acesso é estabelecida por complexos reguladores e suas unidades operacionais, chamadas de centrais de regulação. Os complexos reguladores instituem ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo de assistência, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo²⁴.

Isto é considerado uma das estratégias da regulação de acesso para articular e integrar várias centrais implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e operacionais, classificação de risco, critérios de priorização e linhas de cuidado previamente definidos. Suas principais ações envolvem²⁴:

- Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;
- Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;
- Padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais;
- Estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, inter-regional e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados.

Entre as competências dos complexos reguladores estão:

- a) Garantir o acesso aos serviços públicos de saúde de forma adequada, levando em consideração os princípios da equidade, universalidade e integralidade;
- b) Implementar ações que incidam sobre prestadores de serviços, públicos e privados, de modo a orientar uma produção eficiente, eficaz e efetiva das ações de saúde;
- c) Fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde em plataformas operacionais de base nacional;
- d) Controlar a oferta de leitos disponíveis, bem como e a agenda de consultas, exames e procedimentos;
- e) Padronizar os protocolos de regulação para as áreas reguladas após a pactuação dos gestores envolvidos;
- f) Estabelecer as grades de referência e contra referência entre unidades, conforme fluxos e protocolos padronizados, diagnosticando, adequando e orientando os fluxos da assistência;
- g) Capacitar de forma permanente as equipes de regulação que atuarão nas unidades de saúde;
- h) Subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação, auditoria em saúde e o processamento das informações de produção para a tomada de decisões;
- i) Subsidiar a programação pactuada e integrada;
- j) Organizar fluxos de referência especializada interregional e interestadual.

As centrais de regulação compreendem toda a ação-meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam.

A organização das centrais de regulação ocorre por temas ou áreas assistenciais como, por exemplo, a atenção pré-hospitalar e urgências, consultas, procedimentos e exames de média e alta complexidade, internações clínicas ou cirúrgicas e em terapia intensiva, transplantes, obstetrícia e neonatal, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico entre outras⁴⁵.

Segundo o MS, as centrais de regulação podem constituir-se em um poderoso instrumento de intervenção na realidade sanitária, permitindo às instâncias de gestão (estadual, municipal e federal) regularem o perfil assistencial mais adequado às necessidades de saúde. Com uma concepção flexível, podem permitir sua adequação às peculiaridades respeitando, assim, as especificidades locais, ao mesmo tempo em que subsidia decisões sobre macropolíticas regionais e interestoriais¹⁰².

Trata-se de um instrumento de gestão que aponta, de forma sistematizada, pontos de estrangulamento para a consolidação do acesso às tecnologias de saúde existentes de forma mais equitativa e justa para a população¹⁰³.

2.4 A REGULAÇÃO EM SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL

2.4.1 Histórico de implantação da regulação na SES/DF

As primeiras tratativas para a implantação da regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal (DF) foram em 2003, sendo um desafio superar as dificuldades diante da estrutura administrativa diferenciada do DF frente aos demais estados da federação, necessitando da adoção de estratégia particular de implantação para abarcar suas peculiaridades, o que tornou tal processo uma experiência única no Brasil.

A estruturação da regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no âmbito da SES/DF iniciou com a formação do Grupo Técnico de Regulação Assistencial (GTRA), legitimado pela Portaria/SES/DF nº. 104 de 20/07/2004¹⁰⁴, publicada no Diário Oficial do DF (DODF) dia 29/07/2004. Esse grupo tinha a missão de divulgar, entre os gestores da rede SES/DF, os conceitos e diretrizes ministeriais de regulação, no intuito de implantar as primeiras ações regulatórias na SES/DF.

Em paralelo, esse grupo participava também de movimentos na SES/DF para a implantação e implementação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), ainda sem a lógica de funcionamento como uma central de urgências, visto que era um serviço induzido por política ministerial já instituída, além do consequente repasse de recursos. Tais incentivos proporcionaram avanços extraordinários, gerando uma independência sob o ponto de vista de implantação de processo regulatório.

Diante da necessidade de fortalecer a implantação da regulação, foram criadas as Coordenações Regionais de Regulação Assistenciais (CORA), instaladas estrategicamente em cada região de saúde do DF, conforme Ordem de Serviço SES/DF Nº. 01 de 27/01/05, para dar suporte ao GTRA na perspectiva regionalizada, sendo a semente do que hoje conhecemos como Gestão Interna de Regulação (GIR).

Devido à dimensão de prerrogativas apenas ao processo de implantação da regulação, o GTRA foi extinto e a Ordem de Serviço SES/DF Nº. 03, publicada no DODF do dia 21/02/2005, criou a Coordenação Geral de Gestão da Regulação das

Redes Assistenciais (CGGRRRA), destacando-se entre suas competências a definição, estruturação, efetivação e direção do futuro Complexo Regulador da SES/DF, conforme as diretrizes vigentes do MS.

Em 2006, a CGGRRRA tornou-se, então, a Gerência de Regulação dos Serviços de Saúde (GERES), sendo inserida oficialmente no organograma da SES/DF, com vistas ao planejamento, implementação e monitoramento do processo regulatório. Meses depois, entendendo a relevância da regulação do acesso à assistência como componente importante para a gestão, de forma a garantir mais equidade e integralidade de cuidado, além de promover maior transparência aos cidadãos, e diante da reestruturação organizacional da SES/DF, esta Gerência passou a ser Diretoria de Regulação (DIREG), subordinada à extinta Subsecretaria de Programação, Regulação, Avaliação e Controle, hoje Subsecretaria de Planejamento em Saúde (SUPLANS).

Esta Diretoria era responsável pela definição de estratégias de controle da oferta de serviços e do acesso dos usuários à assistência em saúde. Desde a sua criação, a DIREG seguiu estruturada com o apoio de quatro gerências:

- Gerência de Acompanhamento e Contratualização (GEAC);
- Gerência de Regulação da Atenção Ambulatorial (GERA) com seus Núcleos de Regulação de Consultas Ambulatoriais (NUR) e de Regulação de Exames (NUREX);
- Gerência de Regulação de Internação Hospitalar (GERIH), com seus Núcleos da Internação Clínica e Cirúrgica (NICC) e o de Internação em Terapia Intensiva (NUTI);
- Gerência de Regulação de Alta Complexidade Interestadual (GERAC), com seus Núcleos de Tratamento Fora de Domicílio (NTFD) e o de Regulação em Alta Complexidade Interestadual (NUAC).

Em 2009, a DIREG ganha a inclusão do Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF), apesar das atividades de cunho regulatório terem sido iniciadas em 2004, porém ainda incipiente em suas ações. O CRDF foi institucionalizado por meio da Portaria/SES/DF n° 189, de 07/10/2009¹⁰⁵, sendo responsável, à época, pela definição de estratégias de controle da oferta de serviços e do acesso dos usuários à assistência em saúde. Em sua composição, havia as seguintes centrais e suas prerrogativas, conforme a Figura 02:



Fonte: Diretoria de Regulação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Figura 2. Estrutura do Complexo Regulador do Distrito Federal em 2009.

- *Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH)*: responsável pela regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS.
- *Central de Regulação de Marcação de Consultas e Exames (CMCE)*: responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, exames e serviços de apoio diagnose e terapia (SADT), bem como aos demais procedimentos ambulatoriais.
- *Central de Regulação da Alta Complexidade (CRAC)*: responsável pela regulação do acesso de pacientes que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora do seu Estado de origem nas especialidades de cardiologia, oncologia, neurocirurgia, epilepsia e traumato-ortopedia, de acordo com a Portaria SAS/MS n° 39 de 06/02/2007, revogada posteriormente pela Portaria SAS/MS n° 258, de 30/07/2009).

Em 2017, por meio do Decreto DF n.º 38.488¹⁰⁶, publicado no DODF em 13/09/2017, o CRDF passa a ser chamado de Complexo Regulador em Saúde do DF e vinculado diretamente ao Gabinete do Secretário de Saúde, conforme ANEXO C.

2.4.2 A Regulação em saúde na SES/DF

Os processos de regulação em saúde na SES/DF são executados pelo CRDF que é responsável por um conjunto de estratégias e ações para todos os níveis do sistema, visando à organização efetiva de uma rede pública articulada, com níveis tecnológicos crescentes de resolução, a partir do planejamento considerando as bases regionais.

O CRDF coordena, executa, monitora e avalia a regulação do acesso aos leitos hospitalares clínicos, cirúrgicos e de unidades de terapia intensiva, aos procedimentos cirúrgicos eletivos, aos procedimentos e consultas ambulatoriais, ao atendimento de urgência móvel e todo o processo de transplantes de órgãos e tecidos e habilitação de unidades transplantadoras.

Para isso, em busca da garantia do acesso, utiliza protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização definidos e pactuados entre os gestores envolvidos, para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, exames, procedimentos leitos, cirurgias e outros que se fizerem necessários²⁵.

Tem como estruturas operacionais, as centrais de regulação que desenvolvem as ações-meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações, processam e agendam ou direcionam o atendimento/encaminhamento, de acordo com o escopo determinado.

São atribuições básicas dessas Centrais:

- I. Absorver ou atuar de forma integrada aos processos autorizativos, de acordo com os protocolos previamente estabelecidos;
- II. Fazer a gestão e monitoramento da ocupação de leitos e agendas das unidades de saúde;
- III. Efetivar o controle dos limites físicos e financeiros dos serviços sob regulação, conforme pactuação prévia;
- IV. Aplicar os critérios de classificação de risco, priorização de atendimentos e parâmetros de encaminhamentos, conforme pactuação prévia entre os atores envolvidos;
- V. Executar a regulação do processo assistencial, baseada em protocolos regulatórios.

Atualmente, o CRDF conta com oito (08) Centrais de Regulação, conforme o escopo de atuação e subordinação, demonstrados no Quadro 1:

Quadro 1. Centrais de Regulação do CRDF, 2020.

SIGLA	CENTRAL DE REGULAÇÃO	ESCOPO E RESPONSABILIDADES	SUBORDINAÇÃO
CERIH	Central de Regulação de Internação Hospitalar	Regulação dos leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS, com a regulação de leitos de UTI e a regulação de leitos gerais e internações clínicas e cirúrgicas.	DIRAAH
CERA	Central de Regulação Ambulatorial	Responsável pela regulação do acesso dos pacientes às consultas especializadas, exames, bem como aos demais procedimentos ambulatoriais.	DIRAAH
CERAC	Central de Regulação Interestadual e de Alta Complexidade	Regulação do acesso de pacientes que necessitam de procedimentos de alta complexidade fora do seu Estado de origem, como Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e a autorização dos procedimentos de alto custo realizados na rede SES/DF junto ao MS.	DIRAAH
CERCE	Central de Regulação de Cirurgias Eletivas	Regulação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos em toda a rede SES/DF.	DIRAAH
CERTS	Central de Regulação do Transporte Sanitário	Regulação do transporte eletivo de pacientes.	DIRAAH
CERU	Central de Regulação de Urgências	Regulação do acesso aos serviços de urgência e emergência Pré-Hospitalar Móvel e Hospitalares.	Diretoria do SAMU 192
CEITAP	Central de Informações Toxicológicas e Atendimento Psicossocial	Regulação das urgências e emergências nas áreas de toxicologia, atenção psicossocial e violência. Referência em Toxicologia Clínica no SUS.	Diretoria do SAMU 192
CET	Central Estadual Transplantes	Regulação do acesso a transplantes em consonância com a Central Nacional de Transplantes do Ministério da Saúde.	CET

Fonte: DIRAAH/ CRDF/ SES/ DF, 2019.

Essas Centrais estão vinculadas, basicamente, a três diretorias: Diretoria de Regulação da Atenção Ambulatorial e Hospitalar (DIRAAH), Diretoria da Central Estadual de Transplantes (CET) e Diretoria do SAMU, conforme ANEXO C.

2.4.2.1 A Regulação do Acesso à Atenção Hospitalar

Como parte do processo de consolidação da implantação da regulação do acesso à assistência na SES/DF, criou-se em 1º de setembro de 2006, a Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH), por meio das Portarias/GAB/SES nº. 41 de 30/08/06 e nº. 42 de 31/08/06 que definem os fluxos operacionais relacionados ao funcionamento da Central, bem como elenca as competências de seus servidores. Tem como função precípua regular os leitos hospitalares dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS no DF.

Teve como objeto inicial e imediato de regulação os leitos de terapia intensiva. Além dos leitos públicos (próprios) da rede SES/DF, a CRIH conta com unidades conveniadas e contratadas de forma a ampliar o acesso nas unidades de terapia intensiva, segundo a natureza (neonatal, pediátrica, adulto, trauma e coronariano). Após a reestruturação do CRDF, a CRIH passou a ter a sigla CERIH.

Em 2018, com vistas à reordenação do processo de ocupação dos leitos de internação clínicos e cirúrgicos da SES/DF e em atendimento à Decisão do Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF) n.º 4282/2014, os leitos gerais (clínicos e cirúrgicos) também foram incorporados ao escopo de regulação da CERIH.

A necessidade de se organizar os encaminhamentos de pacientes gravemente enfermos à terapia intensiva na SES/DF foi resultado de uma decisão gestora, em consonância com o Ministério Público do DF, como parte de um processo corretivo frente aos escândalos noticiados na mídia à época.

Anteriormente à criação da CRIH, a ocupação dos leitos de UTI acontecia de forma desordenada e as regras para transferência de pacientes gravemente enfermos não estavam padronizadas. Em sua grande maioria, tais leitos eram ocupados mediante influência pessoal junto às unidades de terapia intensiva, dando a esse processo características clientelistas. Não havia um controle gestor sobre a ocupação dos leitos em toda a rede SES/DF, o que dificultava as informações quanto à disponibilidade dos mesmos. Desde então, cabe à CERIH da SES/DF para o pleno exercício de suas competências e desenvolvimento as seguintes ações:






I - orientar as diretorias dos hospitais públicos (próprios), conveniados ou contratados da SES/DF à adoção de medidas administrativas e assistenciais necessárias ao funcionamento da rede de assistência ao paciente gravemente enfermo e que necessitem de internação em UTI;

II - remanejar pacientes, de maneira a garantir a melhor alternativa terapêutica assistencial ao paciente gravemente enfermo;

III- redefinir prioridades assistenciais dos serviços de saúde, de maneira a garantir a assistência ao paciente gravemente enfermo e internado em UTI, podendo, se necessário, postergar a execução de procedimentos eletivos.

Além das normas próprias da SES/DF que regulamentam a atuação da equipe da CRIH, em 2016 houve a atualização das Portarias GAB/SES nº. 41 de 30/08/06 e nº. 42 de 31/08/06 e hoje passam a valer as Portarias GAB/SES nº. 199¹⁰⁷ e 200¹⁰⁸ de 06/08/2015. Nessas, estão contidos os protocolos operacionais e clínicos e as diretrizes terapêuticas, bem como os critérios para a admissão e alta em terapia intensiva. O Quadro 02 descreve os critérios e parâmetros classificados em cinco categorias que instruem os médicos reguladores durante o processo de priorização.

Quadro 02. Nível de prioridade para admissão em UTI (PT SES nº 200, 06/08/15)

<p>Prioridade 1</p> 	<p>Inclui os pacientes gravemente doentes, instáveis, com chances significativas de recuperação, os quais necessitam de monitorização e tratamento intensivo que não podem ser prestados fora da UTI. Esses tratamentos compreendem: suporte ventilatório invasivo e não invasivo, infusão contínua de drogas vasoativas e/ou intervenções agudas. Nesses pacientes, não há limites em se iniciar ou introduzir a terapêutica necessária.</p>
<p>Prioridade 2</p> 	<p>Inclui pacientes sem instabilidade, mas que necessitam de monitorização intensiva pela possibilidade de descompensação e/ou potencial necessidade de intervenção imediata. Não existe limite terapêutico geralmente estabelecido para estes pacientes.</p>
<p>Prioridade 3</p> 	<p>Inclui pacientes instáveis, com baixa probabilidade de recuperação, seja pela doença de base e/ou natureza da sua doença aguda e/ou presença de comorbidades. Esses pacientes podem ter limites e/ou esforços terapêuticos estabelecidos como a não intubação ou a não-reanimação cardiopulmonar.</p>
<p>Prioridade 4A</p> 	<p>Pacientes com pouco ou nenhum benefício da admissão em UTI, devido à condição clínica não justificar internação em terapia intensiva. São aqueles pacientes que apresentam baixo risco de descompensação ou baixa necessidade de intervenção.</p>
<p>Prioridade 4B</p> 	<p>Pacientes em terminalidade ou com doença irreversível diante da morte iminente. São aqueles que a condição clínica não justifica a necessidade de UTI devido à ausência de perspectiva terapêutica.</p>

Fonte: DIRAAH/ CRDF/ SES/ DF, 2019.

Os protocolos clínicos são diretrizes técnicas, elaboradas de acordo com recentes e seguros consensos científicos. Já os protocolos operacionais estabelecem as rotinas e fluxos das demandas de UTI e as atividades que cada profissional deve realizar rotineiramente.

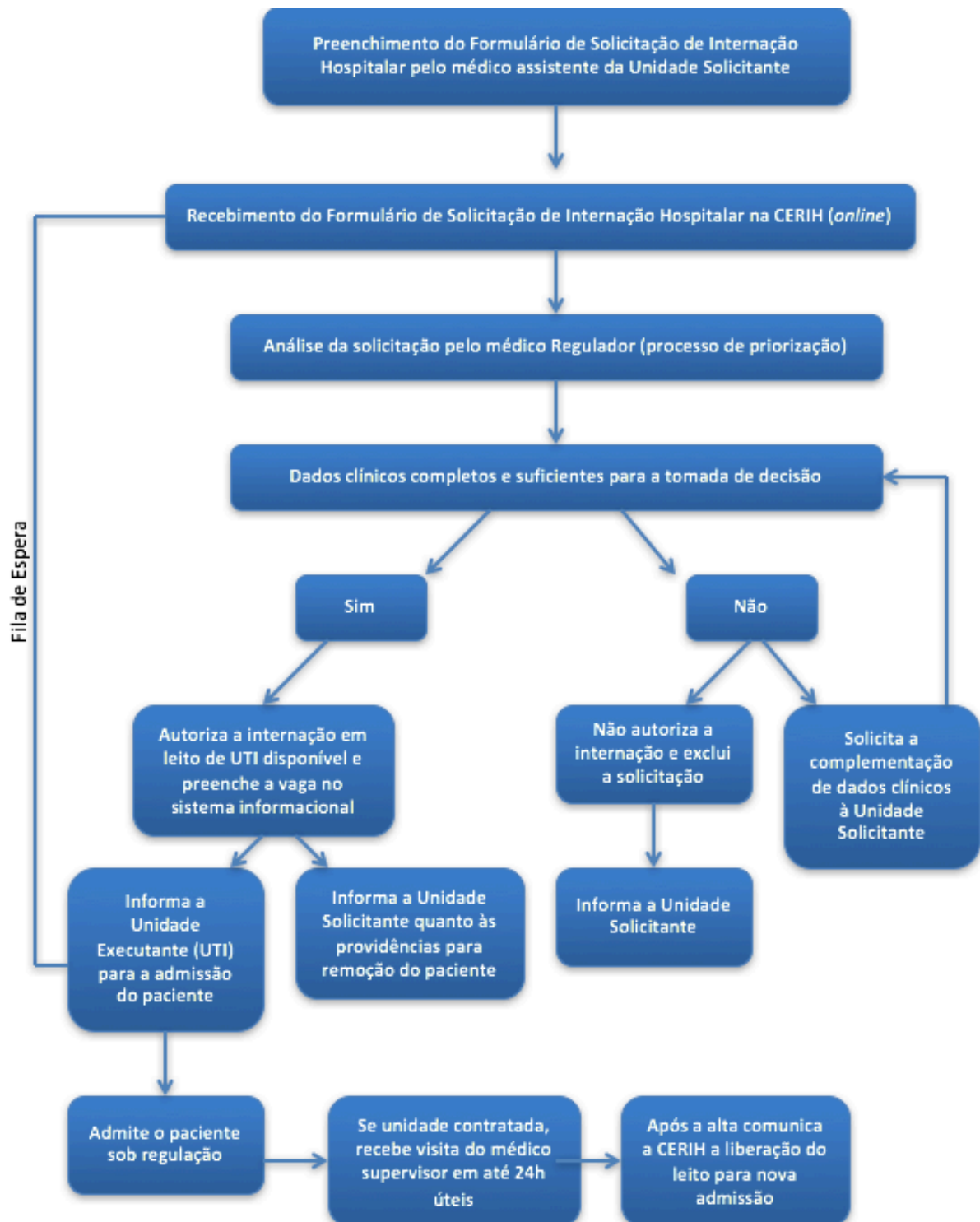
Para maior clareza sobre o fluxo de trabalho pela CERIH e de acordo com a Portaria GAB/SES nº. 199¹⁰⁷, entende-se por *Unidade Solicitante* os estabelecimentos assistenciais de saúde vinculados ao SUS responsáveis por qualquer solicitação de internação em leitos hospitalares.

Já por *Unidade Executante*, compreendem-se os estabelecimentos assistenciais de saúde vinculados ao SUS responsáveis pela disponibilização dos leitos hospitalares.

O fluxo de trabalho da CERIH basicamente é (Figura 03):

1. Inserção e envio *on line* à CERIH do Formulário de Solicitação de Internação Hospitalar pelos médicos das unidades solicitantes da SES/DF que prestam assistência junto aos pacientes gravemente enfermos e que necessitam de UTI;
2. Análise e aplicação de protocolos regulatórios previamente estabelecidos pelos médicos reguladores da CERIH. As solicitações aparecem organizadas eletronicamente em uma fila cronológica (mapa ou fila de espera), de acordo com os horários de inserção no sistema pelas unidades solicitantes, porém isto não altera a avaliação dos médicos reguladores, uma vez que os mesmos utilizam o parâmetro da gravidade clínica como principal norteador dos encaminhamentos;
3. Definição da prioridade clínica e direcionamento virtual ao leito de UTI, das unidades executantes caso haja disponibilidade, rastreada pelos enfermeiros controladores, obedecida à natureza do leito (neonatal, pediátrico, adulto, trauma ou coronariano) e ao perfil de complexidade assistencial que cada unidade executante apresenta, como por exemplo, suporte/assistência dialítica;
4. Caso não haja dados suficientes para a priorização, são feitos contatos, via telefone ou sistema, com as unidades solicitantes para a complementação. Nos casos em que os médicos reguladores constatam a não necessidade de UTI, as solicitações são retiradas da fila por não apresentarem consistência de dados;

5. As unidades solicitantes, após informadas sobre o destino dos pacientes, são responsáveis pelo acionamento do Serviço Móvel de Atendimento às Urgências (SAMU) para efetuar a remoção dos pacientes regulados até às unidades executantes;
6. Posteriormente à admissão física nos leitos de UTI, os pacientes também são admitidos virtualmente em cada unidade no sistema, o que ocasiona a saída do mesmo da fila/mapa de espera. Essa movimentação deve ser feita pela própria unidade executante, porém nem todas utilizam o sistema como rotina, ficando o enfermeiro controlador da CERIH responsável por monitorar e até mesmo atualizar tal movimentação;
7. Após a alta médica sinalizada no sistema e confirmada junto às unidades executantes pelos enfermeiros controladores, até então de leitos de UTI, entram em cena os enfermeiros controladores de leitos gerais que rastreiam a disponibilidade em todas as unidades hospitalares da SES/DF. Entende-se por alta médica ou clínica, a delimitação do momento em que o profissional médico define que o paciente internado apresenta condições clínicas para ser transferido para uma unidade de menor complexidade assistencial ou até mesmo para o domicílio;
8. Alta administrativa é dada no sistema quando o leito geral é disponibilizado pelos enfermeiros controladores de leitos gerais. Este tipo de alta é o procedimento que é iniciado a partir da alta médica (clínica), formalizada por escrito pelo médico, apenas quando terminados todos os procedimentos prescritos para o paciente, na condição de internado em UTI. É útil, principalmente, para efeito de cálculo da conta hospitalar;
9. Liberação do leito de UTI para nova admissão.

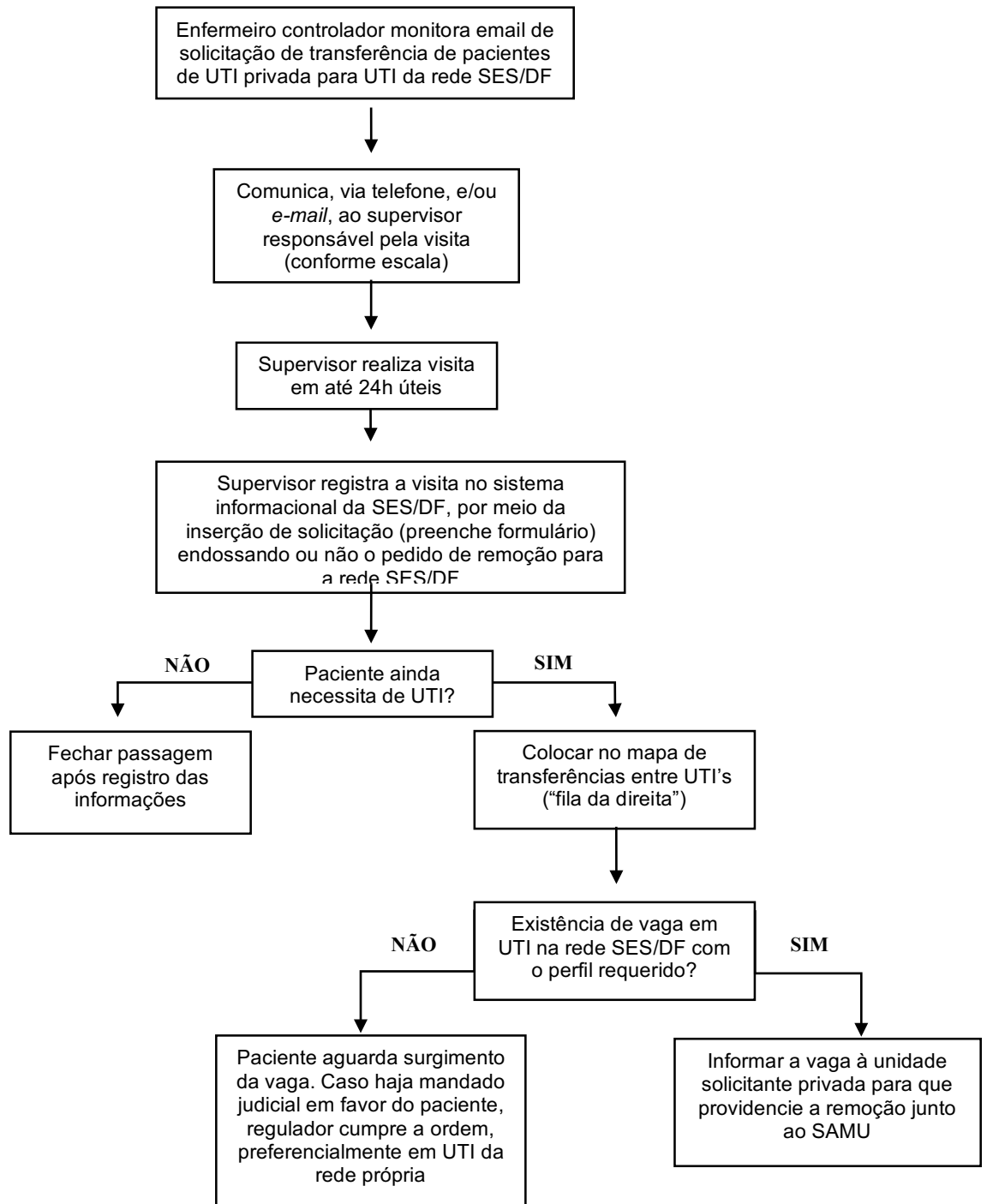


Fonte: DIRAAH/CRDF/SES/DF.

FIGURA 3. Fluxograma da regulação de leitos de UTI, 2019.

Para a execução das ações, a CERIH conta com os seguintes profissionais nas equipes e suas respectivas funções:

- Médicos Reguladores: são responsáveis pela análise e autorização das solicitações de internação em terapia intensiva de toda a rede SES/DF;
- Enfermeiros Controladores: atuam no monitoramento da ocupação diária dos leitos de UTI (públicos, contratados e conveniados) e leitos gerais, verificando as altas, internações e possíveis bloqueios de leitos nos períodos manhã, tarde e noite. Realizam a busca ativa por leitos disponíveis de acordo com o perfil de cada caso solicitado, adequando-os ao quadro clínico do paciente. São responsáveis pela interlocução junto aos órgãos externos como a Defensoria Pública do Distrito Federal, Procuradoria Geral do Distrito Federal e Varas de Fazenda Pública do Distrito Federal em relação aos dados do sistema informacional referentes às solicitações de internação hospitalar. Também são responsáveis pelo rastreamento de leitos de UTI em unidades privadas para cumprimento de decisões judiciais, quando da indisponibilidade na rede pública, contratada e conveniada. Realizam ainda o encaminhamento de solicitações de visitas à equipe de supervisão médica da CERIH, baseados em protocolos estabelecidos;
- Médicos Supervisores: são responsáveis por visitas diárias aos pacientes gravemente enfermos que foram encaminhados, sob regulação, aos leitos de UTI das unidades contratadas pela SES/DF. Realizam ainda a autorização ou não de procedimentos e/ou medicamentos de alto custo quando solicitados pelos médicos das unidades contratadas. Além disso, também efetuam visitas junto às unidades particulares que eventualmente solicitam à CERIH a remoção de pacientes gravemente enfermos internados em terapia intensiva para um leito de UTI público. Neste caso, a visita deve ocorrer em até 24 horas úteis após a solicitação junto à CERIH, ficando o médico supervisor responsável por endossar ou não o pedido de remoção. O fluxo de visita de supervisão está elencado na Figura 4.



Fonte: DIRAAH/CRDF/SES/DF.

FIGURA 4. Fluxograma do processo de supervisão médica da CERIH, 2019.

Para que os médicos reguladores e os enfermeiros controladores possam atuar na CERIH, devem receber capacitação profissional específica que engloba a parte teórica sobre o processo regulatório e também treinamento no sistema informacional, seguida de monitoramento e avaliação do desempenho dessas funções. Em relação

aos médicos supervisores, além da capacitação no sistema informacional, são também orientados quanto ao fluxo de trabalho a ser seguido, já que desenvolvem atividades externas à CERIH.

Ressalta-se que entre a inserção da solicitação de internação na fila de espera da CERIH, análise do pedido pelo médico regulador, processo de priorização e a ocupação do leito de UTI, podem ocorrer óbitos devido à gravidade clínica dos pacientes. Isto é, alguns pacientes não chegam a ocupar o leito de UTI pois acabam falecendo na própria unidade solicitante, ou até mesmo durante a remoção.

De acordo com os manuais e materiais impressos disponibilizados pelas gerências subordinadas ao CRDF, como determinação do processo regulatório, as unidades executantes somente poderão admitir os pacientes gravemente enfermos de forma regulada, ou seja, encaminhados pela CERIH. No entanto, há casos em que essas unidades podem admitir pacientes sem que haja o encaminhamento pela Central, pois algumas delas possuem leitos sob gestão própria ou local, previamente acordados com a gestão da regulação. Como exemplo, tem-se alguns leitos destinados à especialidade neonatal, que por se tratar de uma área com características peculiares e inerentes a essa fase da vida, apresenta na maioria das vezes, contraindicação da remoção inter-hospitalar, devendo o neonato permanecer na mesma unidade do nascimento, desde que haja o suporte terapêutico adequado.

Outro exemplo, são as unidades executantes que realizam procedimentos cirúrgicos de alta complexidade e que pactuam alguns dos seus leitos de terapia intensiva para o pós-operatório de pacientes. Geralmente, o quantitativo reservado de leitos de terapia intensiva, após a pactuação, não ultrapassa 10% do total de leitos da unidade.

Contudo, há casos em que algumas unidades executantes, geralmente as públicas, admitem pacientes sem que os mesmos sejam avaliados e encaminhados pela CERIH, caracterizando internações fora do fluxo regulatório. No ano de 2011 foram registradas pela CERIH 8.009 internações em UTI, das quais 10,5% ocorreram fora do fluxo regulatório¹⁷. Essas internações ocorrem em leitos sob gestão da regulação e não em leitos sob gestão local. Tratam-se de internações desautorizadas pela CERIH, sendo as unidades executantes obrigadas a justificar os motivos que as levaram a desconsiderar o processo regulatório.

Com a finalidade de auditoria, fiscalização e controle junto às unidades contratadas, todas as faturas hospitalares geradas pelas internações sob regulação são auditadas, pós-alta administrativa, de forma a coibir práticas abusivas na cobrança dos serviços prestados conforme previstos em contratos com a SES/DF. A análise é realizada de forma criteriosa, com base nas tabelas e acordos firmados no ato da contratação. Contudo, as atividades de auditoria de contas têm sido realizadas somente nas unidades contratadas, não se estendendo às unidades públicas e conveniadas.

Alguns motivos justificam a retirada de uma solicitação de internação do mapa de espera por leito de UTI, como:

- a) Melhora Clínica (Prioridade 4A);
- b) Pacientes com quadro clínico grave, sem benefício da terapia intensiva (Prioridade 4B);
- c) Solicitações de internação sem a devida indicação para terapia intensiva ou leito intermediário neonatal;
- d) Ausência de evolução médica há mais de 24 horas, sem sucesso no contato telefônico com a unidade solicitante, informado e ratificado por meio de contato telefônico com a Chefia de Equipe;
- e) Óbito no mapa de espera;
- f) Confirmação do protocolo de morte encefálica de paciente;
- g) Internação na unidade executante fora do fluxo regulatório (FF);
- h) Solicitação de internação de paciente não nascido (feto);
- i) Solicitação de internação com vistas à reserva de leito para pós-operatório de pacientes com elevado risco cirúrgico e/ou cirurgias de grande porte

Segundo um estudo proposto por Vilarins (2012)¹⁷, foram registradas 13.684 solicitações de internação em UTI pela CERIH, sendo observado que 11,7% das internações ocorreram sob judicialização.

A CERIH recebe, diuturnamente, por meio do oficialato de justiça, mandados judiciais. Ressalte-se que a judicialização do acesso refere-se à busca do Judiciário como alternativa para obtenção do acesso aos leitos de internação em UTI (próprios, contratados e/ou conveniados), bem como das unidades de saúde privadas do DF, não contratadas da SES/DF. As decisões judiciais atinentes à obtenção do acesso aos leitos de internação são pautadas na garantia e na responsabilidade do Estado

em assegurar acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde a todos os cidadãos.

A CERIH também possui a prerrogativa de articular, por meio do médico regulador, a permuta entre pacientes críticos que aguardam leito de UTI ou que já estão internados nestas unidades de modo a atender ao perfil desejado, conforme as necessidades clínicas e a disponibilidade de vagas. Assim, pode-se permutar um paciente internado em uma UTI especializada com outro paciente internado em uma outra UTI que não tenha o suporte assistencial devido para o caso. Contudo, as unidades executantes também podem articular entre si a permuta entre os pacientes internados em UTI, desde que não comprometa o processo regulatório.

2.4.2.2 A Regulação do Acesso à Atenção Ambulatorial

O processo de regulação do acesso aos serviços públicos de saúde na SES/DF inicia efetivamente suas ações em 2004 pela lógica ambulatorial, com a criação da Central de Regulação de Marcação de Consultas e Exames (CMCE), hoje conhecida como CERA, cujo escopo era a regulação de consultas, exames, procedimentos, primeiramente nas áreas de Dermatologia e Oftalmologia, otimizando o acesso dos usuários aos serviços ofertados. Tais especialidades foram escolhidas por apresentarem as maiores demandas reprimidas de usuários. Porém, demonstravam um nível mediano de organização gerencial pelas respectivas Coordenações, condição essencial para a implantação do processo regulatório.

Em outubro de 2005, após estudo diagnóstico da rede de serviços de saúde, o processo regulatório foi implantado na SES/DF em parceria com o MS. A ação gerada no sentido de implantar a regulação foi reorganizar e ofertar, por meio de um sistema informacional, as consultas ambulatoriais. O aplicativo utilizado foi o *SisReg II* - Sistema de Regulação, disponibilizado pelo DATASUS/MS com o apoio técnico do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle do MS (DRAC/SAS/MS).

Iniciou-se pela especialidade da dermatologia, justificada por ser a área com a maior demanda reprimida registrada no ano de 2005. Cerca de 34.580 pacientes na fila de espera aguardavam a oportunidade de marcação de uma consulta em dermatologia geral.

A estratégia de implantação da regulação por especialidade deu-se pela característica da rede de serviços do DF, na qual a oferta pública é detentora de 70%

dos serviços de saúde da capital, apresentando-se como grande desafio, neste contexto, a regulação maciça das ações de média e alta complexidade.

No mesmo ano, foi publicada a Ordem de Serviço Conjunta Nº. 06 - SUPLAN/SAS/SES/DF, que ratificou os parâmetros acordados com a Coordenação de Dermatologia. A definição dos parâmetros baseou-se na Portaria/ GM/MS nº. 1.101 de 12/06/2002 (revogada pela PT GM/MS nº. 1.631, de 01/10/2015) e no Manual de Definições de Indicadores e Parâmetros aprovado pela Portaria/GAB/SES-DF nº. 63, de 07/06/2003, que previam quatro consultas/hora.

A propósito, o agendamento das consultas de dermatologia obedeciam ao protocolo assistencial previamente pactuado com a Coordenação da especialidade. Após a regulação da dermatologia, o tempo médio para agendar uma consulta *online* em dermatologia passou a ser de apenas cinco dias.

Em fevereiro de 2006, a marcação de consultas e procedimentos ambulatoriais de oftalmologia foi disponibilizada no aplicativo *Sistema Nacional de Regulação - SisReg II*, e em maio do mesmo ano, os exames de ressonância magnética também passaram a ser regulados.

Contudo, os especialistas mostraram-se resistentes à nova política de marcação de consultas ditada pela regulação. Assim, após pactuação entre os oftalmologistas e os gestores da SES/DF, com mediação do Conselho Regional de Medicina local, definiu-se o parâmetro de três consultas/hora. Desta forma, a regulação da oftalmologia foi normatizada pela Ordem de Serviço Conjunta Nº. 01, de 16/02/2006.

Em agosto de 2007, a ferramenta informatizada de regulação ambulatorial foi alterada para a nova plataforma disponibilizada pelo Ministério de Saúde, o *SisReg III*. Trata-se de um sistema de marcação *online*, útil para o gerenciamento de todo o processo regulatório, desde a rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo da rede de saúde e otimização na utilização dos recursos. O uso de um sistema informacional em saúde se apresenta como instrumento potencial para facilitar a análise dos dados, contribuindo para a avaliação permanente dos serviços de saúde, favorecendo, assim, o planejamento e a execução e avaliação das ações de saúde²⁴.

No mesmo período, iniciou-se a regulação dos exames de radiologia e diagnóstico por imagem da rede SES/DF. Cerca de 60 dias após a implantação, houve retrocesso no processo regulatório com a retirada dos exames de mamografia,

ultrassonografia e RX simples em decorrência dos seguintes fatores: complexidade da especialidade, número insuficiente de reguladores e a inadequada estrutura administrativa, do ainda incipiente Complexo Regulador.

No ano de 2008, houve a expansão dos procedimentos ambulatoriais sob regulação, a saber: Ecocardiograma adulto e pediátrico, Ressonância Magnética Cardíaca, Cateterismo Cardíaco, Angioplastia, Ecocardiografia Transesofágica, Ecocardiografia de Estresse, Ecocardiografia Fetal, Ecodoppler de Carótidas, Holter, MAPA, Tilt Test, Teste de Esforço, Estudo Eletrofisiológico Diagnóstico e Terapêutico, Consultas de Cardiologia adulto e pediátrica. Em 2012, houve a necessidade de ampliar o escopo regulatório elegendo-se a especialidade de neurologia pediátrica (consultas). Após isso, o processo de regulação ambulatorial sofreu uma estagnação para ampliação de novas áreas reguladas, retomando novas áreas em 2017.

Atualmente, encontram-se sob regulação diversas especialidades e subespecialidades contempladas por toda a oferta pública (própria da rede SES/DF), conveniada ou contratada, de acordo com os chamados Panoramas de Regulação que serão descritos mais adiante. É nessa Central que se explicitam as tensões entre os pontos de atenção e que se encontram informações sobre a demanda, a escassez, a inexistência e o excesso de ofertas, bem como sobre os encaminhamentos incompatíveis com os protocolos²⁴.

As principais atividades da CERA são: avaliar as solicitações inseridas no *SisReg III*, monitorar as vagas ofertadas pelas unidades de saúde executantes (SUS, rede conveniada e credenciada), pactuar especialidades, elaborar protocolos regulatórios, cadastrar operadores e unidades de saúde no sistema de regulação e permitir a participação social através dos órgãos de transparência como o Ministério Público e Defensoria Pública. Para a execução dessas ações, a CERA conta com uma equipe de enfermeiros e médicos reguladores. As funções dos enfermeiros podem ser divididas sob as seguintes categorias:

- **Monitoramento da demanda e oferta**
 - a) Monitorar a inserção das escalas além dos afastamentos dos profissionais e transferências de agendas existentes;
 - b) Acompanhar a demanda reprimida e oferta de vagas das especialidades, semanalmente, através de plataformas operacionais de regulação;

- c) Solicitar das Gerências Externas de Regulação (GER)/Gerências Internas de Regulação (GIR), semanalmente, o levantamento dos equipamentos em manutenção, o absenteísmo dos profissionais das unidades executantes, ausência de material;
 - d) Orientar as GER e GIR das regiões de saúde acerca das escalas de inserção e liberação;
 - e) Acompanhar o agendamento das vagas;
 - f) Sinalizar ao médico regulador as ofertas de vagas disponíveis quando provenientes de cancelamentos ou inserção de escalas;
 - g) Verificar as escalas da especialidade sob sua supervisão;
 - h) Inserir, esporadicamente, as escalas das especialidades do Panorama 3 quando as unidades de saúde executantes não puderem realizá-la;
 - i) Redirecionar vagas ociosas a critério do responsável técnico e/ou da CERA;
 - j) Realizar o consolidado da demanda reprimida semanal no último dia útil da semana e o da demanda reprimida mensal no primeiro dia útil do mês seguinte;
 - k) Efetivar reaproveitamento das agendas conforme pactuado com as coordenações das especialidades;
 - l) Fazer a migração das especialidades entre os Panoramas 1, 2 e 3.
- **Avaliação das solicitações**
 - a) Realizar a higienização/limpeza das filas das especialidades para descartar solicitações que não atendem aos critérios pré-estabelecidos;
 - b) Mudar a classificação de risco seguindo os protocolos clínicos, diretrizes institucionalizados pelo Responsável Técnico Distrital (RTD) e sob supervisão do médico regulador;
 - c) Cancelar, negar solicitações de exames e/ou consultas a pedido das unidades de saúde identificadas através de correspondência eletrônica ou telefone;
 - d) Reinsere solicitações que foram canceladas e/ou negadas equivocadamente.
 - e) Acrescentar informações a pedido das unidades de saúde identificadas através de correspondência eletrônica;
 - **Gerenciamento dos meios de comunicação**
 - a) Atender as unidades de saúde por meio do telefone, e-mail acerca de informações das consultas e exames regulados pendentes;

- b) Responder às demandas judiciais da Defensoria e Ministério Públicos, Conselho Tutelar e Ouvidorias no Sistema Eletrônico de Informação (SEI) com apoio do médico regulador;
 - c) Colaborar com o Núcleo de Ouvidoria do CRDF nas respostas às solicitações enviadas por este canal de atendimento;
 - d) Elaborar relatórios e documentos da gestão da CERA.
- **Monitoramento dos processos regulatórios nas regiões de saúde**
 - a) Cadastrar as unidades de saúde no *SisReg III*;
 - b) Orientar às GER e GIR das regiões de saúde sobre a necessidade de realização e atualização do cadastro dos profissionais das unidades de saúde próprias da rede SES/DF e conveniadas para acesso ao *SisReg III*;
 - c) Fazer relatórios dos agendamentos, quantitativo de solicitações inseridas no mês, demanda reprimida, cancelamentos;
 - d) Orientar as GER e GIR das regiões de saúde acerca das escalas;
 - e) Acompanhar a inserção das escalas do Panorama 1 incluindo afastamentos dos profissionais, tipo de vaga (1a vez, reserva);
 - f) Fazer visitas às unidades de saúde executantes em parceria com os médicos reguladores;
 - g) Propor pactuação interregional em Panorama 2 quando existir vagas excedentes e demanda reprimida entre elas.
 - **Educação continuada**
 - a) Participar de treinamentos, simpósios, congressos acerca da Regulação do Acesso à Assistência em Saúde e afins. Realizar capacitação, em parceria, com as GER e GIR acerca dos protocolos assistenciais, classificação e risco e demais critérios de priorização;
 - b) Apoiar a região de saúde sob sua coordenação: enviar relatório mensal da oferta e demanda, sinalizar as falhas de inserção das solicitações;
 - c) Realizar treinamentos com os novos profissionais que participarão do processo regulatório;

As funções desempenhadas pelos médicos reguladores incluem:

 - a) Realizar análise de solicitações de procedimentos regulados pendentes, autorizando, negando (ausência de critérios ou incompatibilidade quadro

- clínico/procedimento) ou devolvendo (escassez de informações) conforme diretrizes e/ou protocolos das especialidades;
- b) Fazer a reclassificação de risco das solicitações segundo protocolos e diretrizes clínicas padronizadas;
 - c) Preencher os campos de justificativa das ações realizadas;
 - d) Cancelar solicitações já autorizadas e justificar a exclusão;
 - e) Solicitar reaproveitamento das agendas conforme pactuado com as coordenações das especialidades.

2.4.2.3 A Regulação do acesso à Atenção de Alta Complexidade

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria SAS/MS nº 55, de 24/02/1999¹⁰⁹, normatiza o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) com o intuito de garantir aos pacientes, atendidos exclusivamente pelo SUS, o acesso aos serviços assistenciais de alta complexidade em outras Unidades da Federação, assegurando, assim, o direito à saúde expresso na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

O TFD consiste na assistência em saúde prestada fora do estado/município de domicílio do usuário e destina-se, a priori, a atender exclusivamente a pacientes ambulatoriais da rede SES/DF, portadores de patologias consideradas de alta complexidade e comprovadamente sem resolução assistencial na rede de saúde local, em uma distância superior a 50 km. Os procedimentos regulados se encontram nas áreas da Cirurgia Cardiovascular, Neurocirurgia, Oncologia e Traumatologia-Ortopedia.

A SES/DF, atendendo à determinação da portaria ministerial, publicou a Portaria SES/DF nº 48, de 11/04/2005¹¹⁰, para regulamentar os procedimentos administrativos referentes à concessão e operacionalização do TFD aos pacientes atendidos pela SES/DF, por meio da Central de Regulação de Alta Complexidade (CERAC).

Essa modalidade de tratamento somente será concedida quando esgotadas todas as alternativas assistenciais na rede SES/DF (própria, conveniada ou contratada), desde que haja perspectiva de cura total ou parcial, limitando-se, estritamente, ao período necessário ao tratamento.

Os pacientes candidatos ao TFD não podem estar em terminalidade de vida ou necessitarem de intervenções em caráter de emergência, tendo em vista que o TFD realiza agendamentos com profissionais/serviços de outros estados de forma eletiva,

gerando uma dependência de liberação para o transporte interestadual, o que envolve trâmites processuais.

Para qualquer processo de TFD, a autorização para o tratamento em outra Unidade da Federação ocorrerá somente quando estiver assegurada a vaga para atendimento do paciente no serviço de referência executante (município/estado), processo esse executado pela CERAC do CRDF.

Como processo de trabalho, a CERAC obedece a um fluxo para que o acesso seja dado oportunamente:

1. O médico que acompanha o paciente preenche dois formulários, um para o TFD/DF, e outro para a – Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), órgão vinculado ao MS, responsável em nível nacional por um grupo especial de doenças de Alta Complexidade. Ambos os formulários são fornecidos no setor de TFD/DF da DIRAAH. Tais laudos devem estar acompanhados dos exames comprobatórios da patologia do paciente, além de todos os documentos pessoais exigidos;
2. O regulador da CERAC/DF introduzirá o laudo do paciente no sistema da CNRAC e verificará se ele preenche os critérios do protocolo previamente definido pelo MS para a doença do paciente; Se deferido, o laudo é expedido para o consultor médico do MS, que pode solicitar pareceres de outros profissionais da área e exames complementares extras à CERAC/DF e que serão realizados pelo próprio paciente. Se houver aprovação para tratamento, a CNRAC decidirá pela melhor alternativa assistencial, avisando a CERAC/DF, a fim de transmitir os dados do agendamento, cabendo ao Serviço Social efetuar a marcação, o fornecimento das passagens e da ajuda de custo.

Pode haver indeferimento do processo requerido, seja ele regulado ou não regulado; em tal caso, o paciente será comunicado pelo TFD/DF, sendo-lhe facultado recorrer. Para tanto, buscará a reavaliação de seu médico assistente, o qual poderá solicitar novos laudos de outros médicos, pareceres de diferentes especialistas, e outros exames complementares.

Em relação às formas de custeio, as despesas com TFD não podem ultrapassar o teto orçamentário do DF, conforme o Fundo de Saúde do Distrito Federal. Podem ser custeadas pelo TFD as seguintes despesas:

- transporte aéreo, terrestre e fluvial;

- ajuda de custo para alimentação e pernoite para paciente não internado;
- ajuda de custo para acompanhante e/ou doador.

Tais gastos são financiados e cobrados pelo Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS e devem ser autorizados de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/estado/distrito, não podendo exceder o teto financeiro definido para cada um deles, conforme Portaria SAS/MS nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. Os recursos destinados ao TFD/DF são provenientes das seguintes fontes:

- Fonte 100: origina-se dos impostos do Erário Público do GDF, que distribui verbas não só para a Saúde do DF, mas também para todas as demais áreas sob responsabilidade do GDF;
- Fonte 138: repassada pelo MS, via Fundo Nacional de Saúde (FNS), que é o gestor financeiro do SUS no âmbito federal para planejar, coordenar, executar e supervisionar as atividades de convênios, acordos, ajustes e análogos sob responsabilidade do MS, fiscalizando, ainda, a aplicação dos recursos que envia aos entes vinculados ao SUS.

O deslocamento do paciente inscrito no programa de TFD/DF, e de seu acompanhante, é definido mediante análise da Comissão Médica do TFD/DF juntamente com o médico assistente do serviço de referência, não cabendo ao paciente e/ou acompanhante escolher o meio de transporte para se deslocar até o serviço referenciado.

A opção de transporte será sempre o meio mais econômico para a SES/DF e baseado, ainda, nos critérios que seguem:

1. Condições físicas do paciente X a doença que o acomete;
2. Condições de locomoção do paciente;
3. Urgência no atendimento;
4. Distância entre o DF e o serviço de referência.

Em regra, distâncias até 1.500 km são percorridas por via terrestre. A partir dessa definição, o paciente recebe o código de autorização das passagens na semana anterior ao deslocamento. Se autorizado o transporte por via aérea, o paciente recebe somente as passagens de IDA, ficando as passagens de VOLTA na dependência da data em que receberá alta médica, provisória ou temporária. Se o paciente não aceitar o meio de transporte oferecido pelo TFD/DF, formalizará sua discordância por escrito, declarando que:

- assume os riscos decorrentes do uso de outro meio de transporte que não aquele autorizado pelo TFD/DF e provido pela SES/DF;
- assume os custos decorrentes do deslocamento pelo outro meio de transporte por ele escolhido.

Nesse sentido, o ressarcimento pode ocorrer nas seguintes situações:

- convocação imediata de pacientes para transplante em feriados, sábados ou domingos, quando as instalações do TFD/DF não estiverem em funcionamento;
- não fornecimento pelo TFD/DF das passagens necessárias ao deslocamento do paciente para o procedimento agendado por algum motivo comprovado.

Tão logo o paciente ou seu responsável legal retorne ao DF terá um prazo de três dias úteis para encaminhar ao TFD/DF os comprovantes das passagens, juntamente com o relatório médico do serviço onde se realizou o procedimento. O não cumprimento dessa exigência acarretará a suspensão, ou mesmo extinção do benefício até regularização do processo.

O TFD/DF autoriza somente um acompanhante por paciente. Nos casos em que o paciente ou seu responsável legal desejarem mais pessoas para os acompanharem, devem custear as despesas adicionais decorrentes dessa opção.

A autorização para o acompanhante é competência exclusiva da Comissão Médica do TFD/DF, que toma decisão pautada nas recomendações dos médicos assistentes do DF e do serviço executante de referência, obedecendo à legislação vigente e às seguintes condições:

1. Cirurgia de médio e grande porte;
2. Paciente menor de 18 anos ou acima de 60 anos de idade;
3. Paciente incapaz, por doença inata ou adquirida;
4. Paciente com problemas relativos à doença de base;
5. Pacientes com transtorno mental;
6. Pacientes com baixo ou nenhum grau de escolaridade;
7. Pacientes com indicação médica de acompanhante, com a devida justificativa para o motivo de sua necessidade.

Para que uma pessoa seja acompanhante de um paciente que realizará TFD existem algumas exigências, como:

- a) estar em pleno gozo da saúde física e mental;

- b) ser maior de 18 e menor de 60 anos;
- c) ter disponibilidade para permanecer acompanhando o paciente até o término do tratamento;
- d) estar autorizado a assumir e tomar decisões quanto ao tratamento do paciente que acompanhará, quando ele não estiver em condições de decidir;
- e) não residir no local onde o paciente irá se tratar.

A troca de acompanhante é possível, porém restringe-se ao intervalo entre as consultas e enquanto o paciente estiver no DF. O novo acompanhante terá de comparecer ao TFD/DF no mínimo 15 dias antes da próxima viagem do paciente, portando cópia autenticada da carteira de identidade e justificativa por escrito do paciente/responsável legal que autoriza a troca. A troca de acompanhante do paciente em TFD/DF é custeada pelos interessados, caso o paciente esteja em outra unidade da federação.

O acompanhante substituto deve comparecer ao TFD/DF para ser registrado como acompanhante 15 dias antes de viajar para o local onde o paciente já estiver sob tratamento. Sempre que a presença de doador for necessária e solicitada por meio de documento médico do serviço responsável pelo tratamento, o TFD/DF custeará a passagem e a ajuda de custo ao doador.

A ajuda de custo consiste uma quantia fixa em dinheiro, autorizada pelo Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, e desembolsada pelo TFD/DF para paciente não internado, acompanhante e/ou doador, a fim de ajudá-los nas despesas de deslocamento para o serviço de referência (excetuando o traslado do DF para o outro Estado), alojamento e alimentação para o acompanhante e/ou doador enquanto sua presença for necessária, conforme laudo de atendimento do médico que trata o paciente na unidade de referência.

Os valores a serem pagos pela SES/DF referentes à ajuda de custo são vigentes à época da realização da despesa, sendo iguais para paciente, acompanhante e doador. Tais valores são determinados pela Portaria SAS/MS nº 055/1999.

O TFD/DF só poderá encaminhar a solicitação de liberação prévia da ajuda de custo para os setores autorizadores da SES/DF quando as possibilidades de alteração da data de atendimento ou de desistência por parte do paciente forem mínimas, ou

seja, quando as chances de não comparecimento à consulta/exame forem desconsideradas.

Em geral, essa solicitação é encaminhada, em forma processual, para os setores autorizadores e encarregados de aprovar a dispensa da verba aproximadamente 15 dias antes do deslocamento do paciente. Os prazos e datas de pagamento são estipulados por tais setores, o que independe do TFD/DF.

É vedado o pagamento de ajuda de custo aos pacientes enquanto hospitalizados, tendo em vista que os hospitais provêm alojamento e alimentação, não havendo, ainda, necessidade de deslocamento.

O paciente não internado recebe ajuda de custo enquanto for necessária sua permanência no local de tratamento, comprovada por relatórios médicos atualizados até o último dia de permanência. O acompanhante tem direito à diária completa, desde que sua permanência seja justificada por escrito pelo serviço que assiste o paciente.

Tipos de ajuda de custo:

- a) Diária Completa: alimentação e pernoite em pousada de paciente com OU sem acompanhante;
- b) Diária Incompleta: alimentação sem pernoite fora do domicílio do paciente com OU sem acompanhante.

Quando o paciente recebe alta hospitalar, mas o serviço assistente solicita a permanência no local por tempo para observação, a ajuda de custo volta a ser devida desde que seja encaminhado ao TFD/DF relatório mensal com a justificativa de necessidade de permanência do paciente, bem como a evolução de seu tratamento.

Se o paciente for realizar um tratamento que exija cuidados prolongados (cirurgia de transplante, por exemplo), estabelece-se inicialmente a concessão de ajuda de custo, de acordo com o período previsto de tratamento. Quando o laudo médico da instituição assistente do paciente comprovar a necessidade de continuidade do tratamento por um prazo maior do que o antevisto, será concedida diária num total de até 50% (cinquenta por cento) do tempo de permanência previsto, havendo, se preciso, complementação posterior, conforme o período de permanência.

Se o tempo de atendimento exceder cinco dias, o médico do serviço de referência deverá emitir um relatório justificando a permanência do acompanhante/doador. Caso o tratamento se prolongue até 90 (noventa) dias, o serviço social do centro de referência também deverá enviar ao TFD/DF um relatório

próprio a cada 60 dias enquanto durar a necessidade de permanência do paciente no serviço de referência.

Nos casos em que o paciente/acompanhante retorna ao DF no mesmo dia, é emitida apenas a ajuda de custeio para deslocamento e alimentação, o que equivale à metade da ajuda de custo completa.

Acaso sobrevenha óbito do paciente no local de tratamento, o TFD/DF se responsabiliza por despesas em relação ao preparo do corpo, aquisição de urna especial, traslado do corpo e transporte do corpo para o DF.

O paciente poderá ser desligado do TFD/DF nos seguintes casos:

1. Fraude comprovada;
2. Mudança definitiva de residência;
3. Desistência, abandono ou óbito;
4. Falsificação de documentos, malversação de fundos do TFD.

Se o paciente de outro estado/município, onde é beneficiário do TFD, se mudar para o DF, terá de relatar a mudança de domicílio ao TFD de origem, para que possa ser reiniciado para ele novo processo de TFD, agora no DF.

Caso o paciente do TFD/DF se mude para o local onde já realiza o tratamento, deverá encerrar o processo existente no TFD/DF e abrir processo de TFD no estado onde já está em curso seu tratamento.

E ainda se o paciente se transferir para fora do DF, onde não for o local do tratamento, ele encerrará o processo no TFD/DF e solicitará novo TFD no estado onde estabelecerá domicílio, de acordo com as normas do TFD local.

2.4.2.4 A Regulação do acesso às Cirurgias Eletivas

O acesso às cirurgias eletivas é um tema complexo que requer atenção especial dentro do planejamento estratégico da saúde. No contexto do SUS e considerando os princípios e diretrizes da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), que garante a universalidade e oportunidade de acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços, além da integralidade da atenção e a equidade na alocação dos recursos, não seria diferente. Assim, o planejamento estratégico para o acesso às cirurgias eletivas deve ter como objetivos a definição das prioridades, a hierarquização dos problemas, a análise de variáveis dependentes e independentes em saúde, além de considerar os desafios, as restrições e as oportunidades geradas em todo processo.

Além disso, as decisões cirúrgicas são permeadas por discussões que envolvem decisões difíceis, pois os resultados podem ser inesperados e há o dever de se considerar discussões éticas e diferenças de opinião dos profissionais especialistas na escolha da melhor oportunidade de intervenção cirúrgica.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 1.294, de 25/05/2017¹¹¹, procedimento cirúrgico eletivo é todo aquele procedimento cirúrgico terapêutico executável em ambiente ambulatorial ou hospitalar, com diagnóstico estabelecido e com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência.

Tal portaria define a estratégia para ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos em todo o país e entendendo que a organização dos processos de trabalho é a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, centrando-os nos usuários e suas necessidades, torna-se, assim, imprescindível que seja reorganizada a linha de cuidado das cirurgias eletivas em toda a rede assistencial da SES/DF.

Considerando a significativa demanda reprimida por procedimentos cirúrgicos eletivos em toda a rede SES/DF e em atendimento ao Termo de Recomendação nº 04/2017 do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), que aconselha a concentração de todos os pedidos de cirurgias eletivas em uma única Central de Regulação, foi criada em 2017, a CERCE, vinculada ao CRDF.

Esta Central tem como objetivo precípua regular o fluxo de encaminhamento dos pacientes aos procedimentos cirúrgicos eletivos considerando os processos de regionalização e de pactuação entre os atores envolvidos como pontos fundamentais para a efetividade do acesso aos serviços.

Considerando toda a linha de cuidado relacionado à demanda por cirurgias eletivas, alguns requisitos devem ser rigorosamente observados para a efetivação do processo regulatório em cirurgias eletivas, são eles:

- ❖ **FLUXO REGULATÓRIO:** o processo de regulação envolve basicamente três atores:
 - *Unidades Solicitantes:* são aquelas unidades que identificam as necessidades dos usuários e se responsabilizam pela solicitação das cirurgias baseadas em protocolos previamente estabelecidos e divulgados previamente aos profissionais;

- *Central de Regulação*: concentra todas as solicitações oriundas das Unidades Solicitantes e aplica os critérios de priorização/classificação de risco para a adequação oportuna e racional da relação oferta-demanda e, conseqüentemente, a efetividade do acesso, indicando qual a unidade que executará o procedimento/cirurgia/internação;
 - *Unidades Executantes*: são aquelas unidades indicadas para a realização do procedimento/cirurgia/internação. Essas devem manter atualizada sua oferta cirúrgica o mais rigorosamente possível, conforme o sistema informacional utilizado.
- ❖ **MODELO REGULATÓRIO**: refere-se aos critérios necessários à regra de negócio para que ocorra a pactuação entre todos os envolvidos (unidades solicitantes, Central de Regulação e unidades executantes). É neste momento que são definidos os métodos de trabalho contemplando todos os níveis de atenção e linhas de cuidado assistencial. Ou seja, para que seja efetivada a regulação das cirurgias eletivas são necessários os seguintes requisitos ou recursos:
- Garantia da disponibilidade de leito pré-operatório, quando necessário;
 - Insumos (equipamentos e materiais);
 - Garantia de disponibilidade de leito pós-operatório, quando necessário;
 - Equipe cirúrgica e de anestesiologia.
- ❖ **ESCOPO**: refere-se à especificidade do objeto a ser regulado, ou seja, no caso da regulação das cirurgias eletivas, o foco é otimizar a ocupação das salas cirúrgicas eletivas, alavancando sua produtividade. Está relacionado diretamente com a capacidade instalada previamente mapeada em toda a rede SES/DF.
- ❖ **RISCO CIRÚRGICO**: requisito fundamental pré-operatório para verificar o estado clínico do paciente, gerando recomendações sobre a avaliação, manuseio e risco de problemas em todo o período transoperatório. Deve-se definir os exames mais apropriados e estratégias de tratamento para otimizar o cuidado do paciente, evitando-se exames desnecessários e permitindo o acompanhamento a curto e longo prazo. É fundamental reduzir o risco do paciente, visto que os fatores relacionados ao momento cirúrgico interferem na evolução pós-operatória, morbidade e duração da hospitalização. No

processo regulatório das cirurgias eletivas, é necessário que se garanta o acesso dos usuários à realização do risco cirúrgico. Esta pactuação entre as especialidades de Cardiologia e Anestesiologia terá retaguarda pela CERCE que disponibilizará a oferta adequada ao fluxo pactuado.

- ❖ **PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO:** são a base do processo regulatório e constituem as diretrizes para orientar a solicitação e uso adequados e racionais das tecnologias de apoio, diagnóstico e da rede especializada. Diferem dos protocolos clínicos, pois não devem ser confundidos com roteiros de solicitação. A utilização de protocolos de regulação constitui um importante instrumento de ordenação dos fluxos de encaminhamento, além de contribuir com a gestão do conhecimento e ser determinante na organização das ações de saúde. Organizam a referência e contrarreferência entre os níveis de complexidade assistencial, orientando os atos profissionais que fazem parte dos protocolos clínicos. Desta forma, no contexto da regulação das cirurgias eletivas devem incluir, prioritariamente, segundo a Gerência de Especialidades Cirúrgicas (GES CIR) da rede SES/DF:

- Estratificação de pacientes por gravidade para cada especialidade/procedimento;

- Grau de complexidade cirúrgica/porte cirúrgico (I, II e III) sinalizando as multiplicidades de procedimentos com outras especialidades;

- Outros critérios elencados pelas especialidades de acordo com os procedimentos que devam ser sinalizados nos respectivos protocolos;

- Lei 12.732/2012¹¹² que estipula o prazo máximo de 60 dias para agendamentos dos pacientes oncológicos.

No entanto, são necessárias constantes revisões e discussões desses protocolos para o seu aprimoramento, de forma a permitir a sua utilização como ferramenta de regulação para os profissionais da atenção básica e orientar os encaminhamentos para a média e alta complexidade, como também uma organização de rede assistencial. A implantação de protocolos, seja de acesso ou clínicos, requerem esforço conjunto de gestores e profissionais para que seu emprego seja, de fato, adequado às necessidades do serviço, permitindo o estabelecimento de objetivos e metas por meio da implementação de ações.

- ❖ SISTEMA INFORMACIONAL: A PNR²¹ recomenda a utilização de sistemas de informação (*software*) que subsidiem os cadastros, a produção e a segurança dos dados com vistas a um melhor monitoramento do processo regulatório. A regulação das cirurgias eletivas na SES/DF utiliza o *SisReg III*, disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde.

2.4.2.5 A Regulação das Urgências

O Ministério da Saúde vem concentrando esforços no sentido de implementar a Política Nacional de Atenção às Urgências priorizando os princípios do SUS, com ênfase na construção de redes de atenção integral às urgências regionalizadas e hierarquizadas que permitam a organização da atenção, com o objetivo de garantir a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada.

As Centrais de Regulação de Urgências (CERU) constituem-se em um observatório privilegiado da saúde, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do Sistema de Saúde, devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral²³.

No DF, a CERU foi implantada em 2005 e desde então funciona 24 horas prestando orientações à população e enviando, quando necessário, veículos com equipes capacitadas para prestar o atendimento pré-hospitalar, tendo como grande força de trabalho, o SAMU. O SAMU está vinculado à Gerência de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (GAPHM) e possui sete Núcleos de Atendimento Pré-Hospitalar (NAPH) para atender as sete Regiões de Saúde do DF, distribuídos da seguinte forma:

1. Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar Norte
2. Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar Sul
3. Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar Sudoeste 1
4. Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar Sudoeste 2
5. Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar Oeste
6. Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar Centro-Norte e Leste
7. Núcleo de Atendimento Pré-Hospitalar Centro-Sul.

No ano de 2017, segundo dados do Relatório Anual de Gestão da SESDF (RAG)¹¹³, o SAMU realizou 70.370 atendimentos pré-hospitalares em ruas e

domicílios de todo o território do Distrito Federal, e fez 3.886 transferências inter-hospitalares de pacientes graves e críticos para UTI. Promoveu educação permanente em urgência e emergência de toda a Rede de Urgência e Emergência da SES/DF, tendo treinado 8.944 servidores, além da educação popular em saúde por meio do “Projeto Samuzinho” onde foram treinados 4.148 leigos, dentre crianças, professores, monitores e brigadistas.

As ambulâncias do SAMU são classificadas conforme a Portaria GM/MS n.º 2048¹¹⁴, de 05/11/2002 que aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Atualmente, a frota é composta por: 30 Unidades de Suporte Básico (UBS), sete Unidades de Suporte Avançado (USA), sendo uma exclusiva para neonatologia, 20 motolâncias.

O suporte aeromédico funciona em parceria com o Corpo de Bombeiros Militares do Distrito Federal (CBMDF). A aeronave pertence ao CBMDF e a tripulação é composta por servidores de saúde do SAMU.

2.4.3 Os Panoramas de Regulação

A regionalização da saúde configura-se como um eixo estruturante do SUS e vem sendo aprimorada desde então como estratégia para o fortalecimento da articulação entre os gestores, de modo a garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Como orientadora da descentralização das ações e serviços de saúde, a regionalização permite a constituição de espaços territoriais nos quais serão desenvolvidas estratégias objetivando alcançar maior resolutividade e qualidade nos resultados, assim como maior capacidade de cogestão.

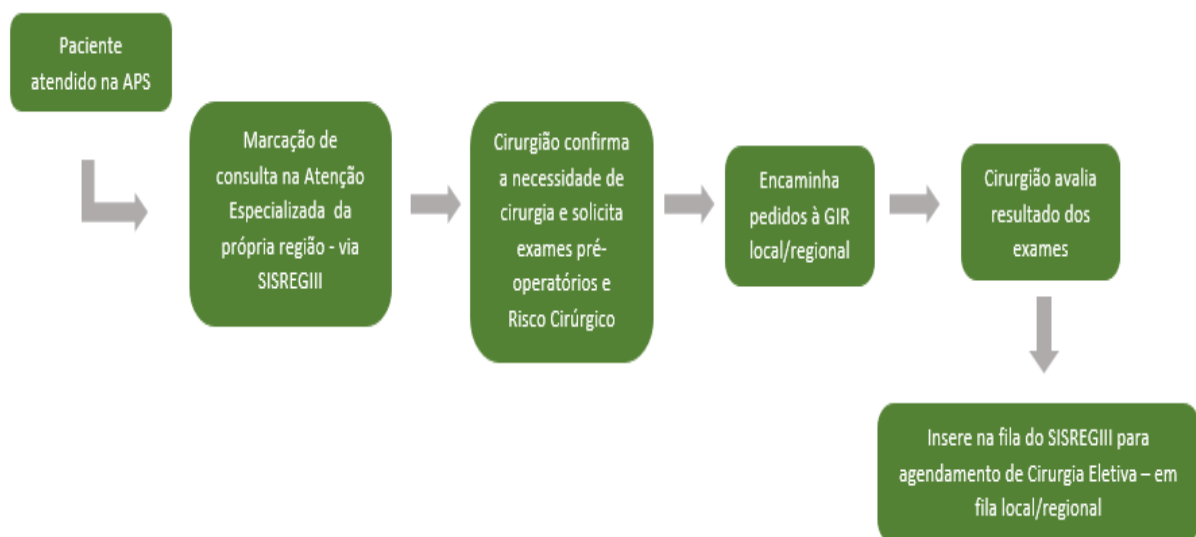
As características próprias da organização do DF e de seus serviços de saúde impulsionou a construção de um modelo de regulação para que se atendesse a lógica de um território que ao mesmo tempo abarca características de um município de grande porte e também de um estado. Assim, torna-se necessário o uso da regulação como mecanismo de coordenação e cooperação entre os entes envolvidos na regionalização, reconhecida a sua relação de interdependência, como desafios do ponto de vista da governança sistêmica do SUS.

Sob esta ótica, como estratégia regulatória, as regiões de saúde do DF foram esboçadas em “Panoramas de Regulação”, primando-se pela distribuição dos

serviços de saúde sob regulação, baseados em duas diretrizes: na capacidade da região em manejar o recurso (oferta) e na responsabilidade do nível central em garantir uma assistência integral aos usuários, conforme a Portaria SES nº 1388, de 12/12/2018, publicada no DODF nº 241, de 20/12/2018)¹¹⁵, adotada como a Política Distrital de Regulação da SES/DF.

Panorama de Regulação consiste na subdivisão de serviços da atenção especializada e hospitalar, conforme distribuição regional, resultando na formação de quadros de oferta desses serviços. Deste modo, de acordo com a conformação desses quadros dar-se-á o tipo de panorama a ser executado pelo CRDF e suas Centrais de Regulação. Cabe ressaltar que a configuração destes panoramas é dinâmica e deve ser monitorada continuamente, sendo constituídos da seguinte forma:

Panorama 1 ou Regulação Regional: Refere-se ao quadro de oferta de serviços que está presente em todas as regiões de saúde do Distrito Federal, a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), ou seja, ocorre quando o território/região de saúde possui aptidão para gerenciar sua própria distribuição de oferta e a alocação da demanda dos pacientes, conforme sua capacidade instalada. Além disso, o território ou região de saúde torna-se responsável pela análise e qualificação das solicitações (consultas/procedimentos/internações), de acordo com os fluxos e protocolos vigentes (Figura 5).

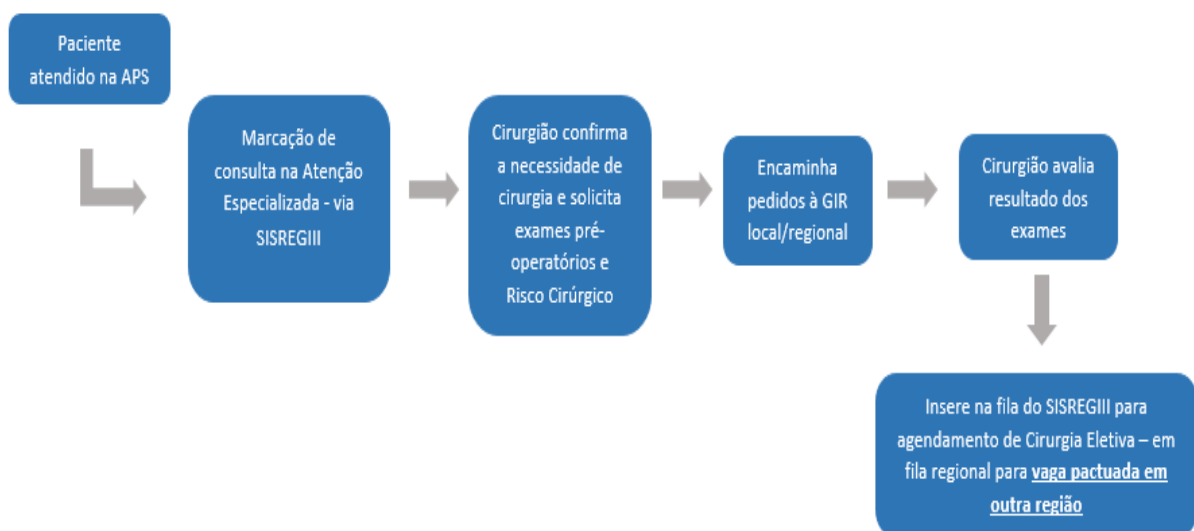


Fonte: SES/DF

Figura 5. Fluxograma do Panorama 1 de Regulação, CRDF, 2018.

A Gerência Interna de Regulação (GIR) dos hospitais regionais tem um papel de suma importância na execução do processo regulatório local, uma vez que o profissional regulador vinculado a esta unidade avaliará, à luz dos protocolos de regulação estabelecidos, as solicitações oriundas da atenção básica, decidindo-se pelo prosseguimento de seu encaminhamento ou pela devolução desta ao profissional solicitante. Essa devolução também deve ocorrer de forma qualificada, por meio da discussão de casos e orientação terapêutica. Estão sob regulação, neste panorama, os seguintes procedimentos/consultas ambulatoriais: Mastologia geral, Endocrinologia adulto, Oftalmologia geral, Dermatologia geral, Cardiologia adulto, Otorrinolaringologia geral.

Panorama 2 ou Regulação Pactuada (Interregional): Refere-se à região ofertante do recurso que deve ter aptidão para gerenciar, além de suas demandas, também as demandas de outro território/região, mediante pactuação prévia (cotas de atendimentos). O território deverá atender as classificações de risco da sua própria região e as das regiões pactuadas. A fila de espera para agendamento de cada especialidade seguirá as diretrizes de priorização de acordo com a classificação de risco e complexidade de cada especialidade, respeitados os protocolos e linhas de cuidado adotados pela SES/DF (Figura 6).

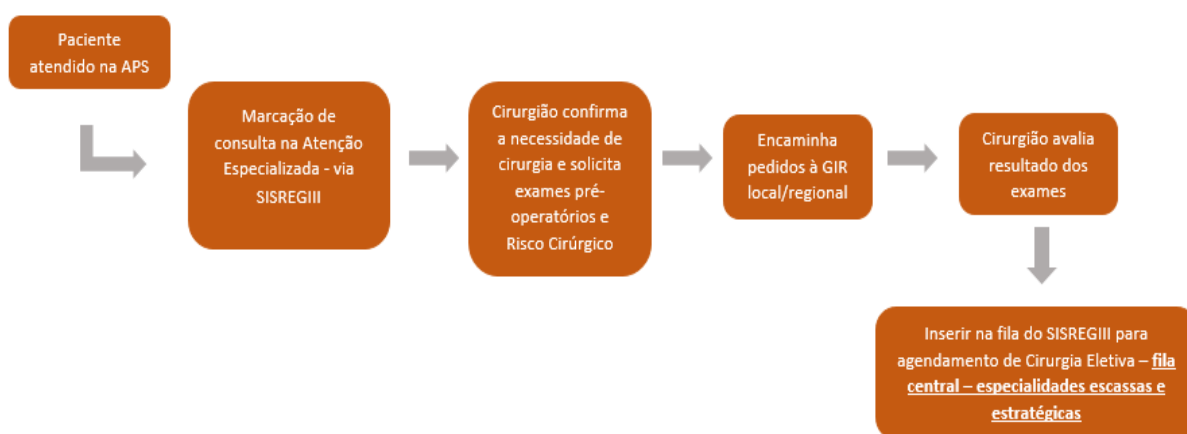


Fonte: SES/DF

Figura 6. Fluxograma do Panorama 2 de Regulação, CRDF, 2018.

A GIR de uma região de saúde executante, realiza o agendamento de demandas específicas de sua região e das regiões pactuadas nas suas vagas. As vagas pactuadas serão discutidas pelas Superintendências envolvidas.

Panorama 3 ou Regulação Central: é regulação realizada centralmente pelo CRDF. Refere-se aos recursos que não estão presentes na maioria dos territórios, estando concentrados em unidades executantes específicas que servem a toda a rede SESDF. São os serviços, escassos e estratégicos que servem à população do DF como um todo. O processo regulatório para o acesso a esses serviços é realizado pelas Centrais de Regulação do próprio CRDF com gerenciamento das demandas, avaliação e marcação observados os fluxos e protocolos vigentes. (Figura 7).



Fonte: SES/DF

Figura 7. Fluxograma do Panorama 3 de Regulação, SES/DF, 2018.

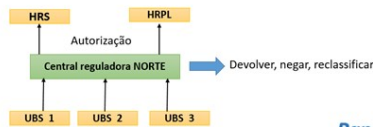
Assim, na mesma medida em que todas as regiões de saúde deverão garantir a qualificação das solicitações a serem enviadas à CERCE, as unidades executantes deverão se responsabilizar pela disponibilização tempestiva das escalas de serviço, respeitando as regras de governança da oferta

Atualmente estão sob regulação neste panorama, as consultas referentes a nove especialidades, são elas: Alergia e imunologia, Otorrinolaringologia (subespecialidades), Saúde auditiva, Oftalmologia (subespecialidades), Cirurgia plástica, Cirurgia vascular (venosas e arteriais), Pediatria (apenas subespecialidades), Radioterapia e Oncologia clínica.

Também estão sob regulação 21 tipos de exames/procedimentos: Densitometria óssea, Estudo eletrofisiológico, Ecocardiografia, Tomografia computadorizada, Ressonância magnética, Procedimentos endovasculares, Audiometria, Mamografia, Holter 24 horas, Monitoração ambulatorial da pressão arterial, Potencial evocado auditivo, Ressonância magnética, Retinografia, Teste de esforço, Teste de processamento auditivo, "Tilt-test", Ultrassonografia doppler arterial, Ultrassonografia transfontanela, Vectoeletronistagmografia, Videoendoscopia nasal rígida, Videolaringoscopia

A Figura 8 apresenta um modelo para operacionalização de regulação de acesso conforme panorama estabelecido no processo regulatório.

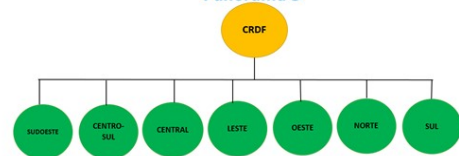
Panorama 1 – Ex: Região Norte



Panorama 2 – Ex: Região Norte e Leste



Panorama 3



Fonte: SES/DF

Figura 8. Exemplo de operacionalização dos Panoramas de Regulação, SES/DF, 2018.

Vale ressaltar que o desenvolvimento de panoramas de oferta de serviços de saúde e o modelo de regionalização do Distrito Federal tem sido a base para que CRDF e suas Centrais de Regulação promova a integração entre atenção primária, os níveis da atenção ambulatorial especializado e o hospitalar, reforçando, assim, o conceito de Redes de Atenção à Saúde.

2.5 CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

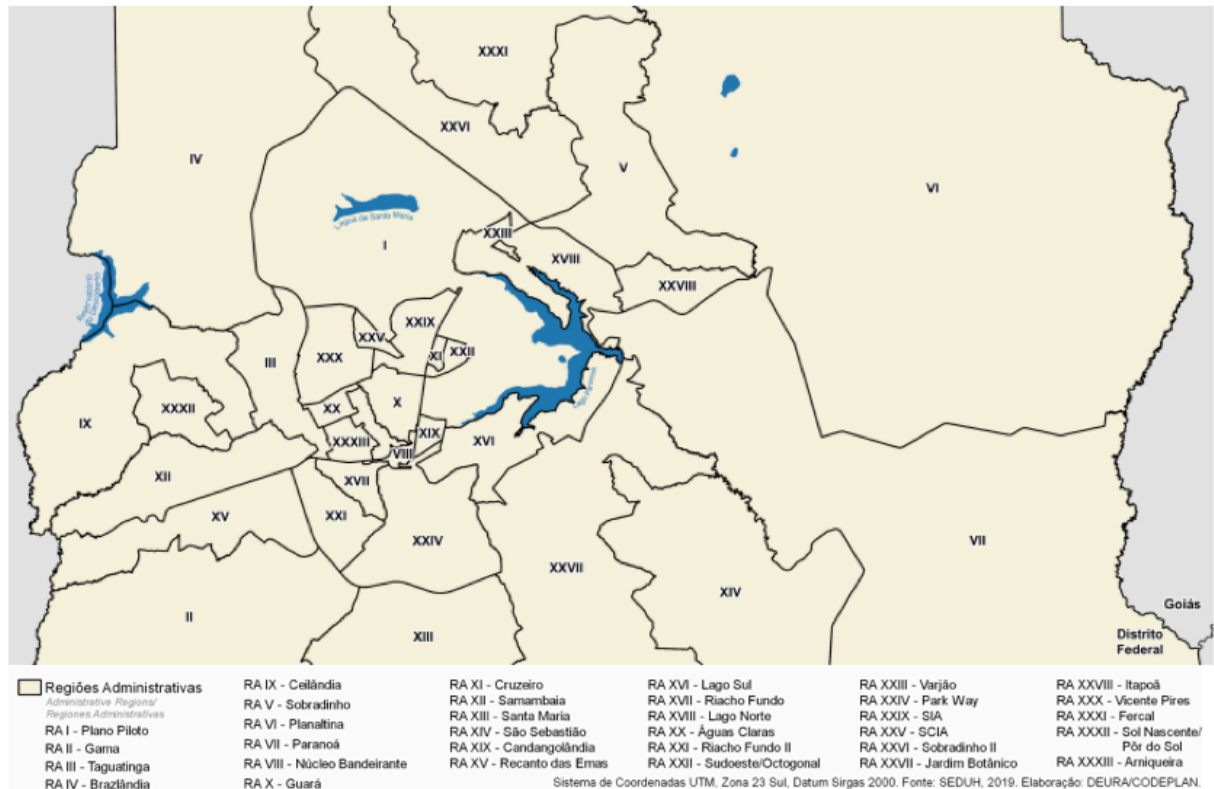
A organização política e administrativa do Distrito Federal desde a sua criação foi dependente da União. Somente com o advento da CF de 1988 é que o Distrito Federal alcançou sua independência política podendo seus cidadãos eleger o Governador e os Deputados Distritais.

A Lei Orgânica do Distrito Federal (LODF)¹¹⁶ foi promulgada em 1993 e sob a égide da Carta Magna, constitui-se o arcabouço legal que norteia a organização político-administrativa e do desenvolvimento do Distrito Federal.

Por preceito constitucional, o Distrito Federal não pode se organizar em municípios. Conforme o Artigo 10, da LODF: “O Distrito Federal organiza-se em Regiões Administrativas (RA), com vistas à descentralização administrativa, à

utilização racional de recursos para o desenvolvimento socioeconômico e à melhoria da qualidade de vida”. Ou seja, ao Distrito Federal é facultada apenas a descentralização de serviços.

Em 2010, segundo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN)¹¹⁷, o DF foi dividido em 30 RA's, sendo que em 2019, passou a contar com mais três, totalizando 33 RA's, conforme ilustra a Figura 9:

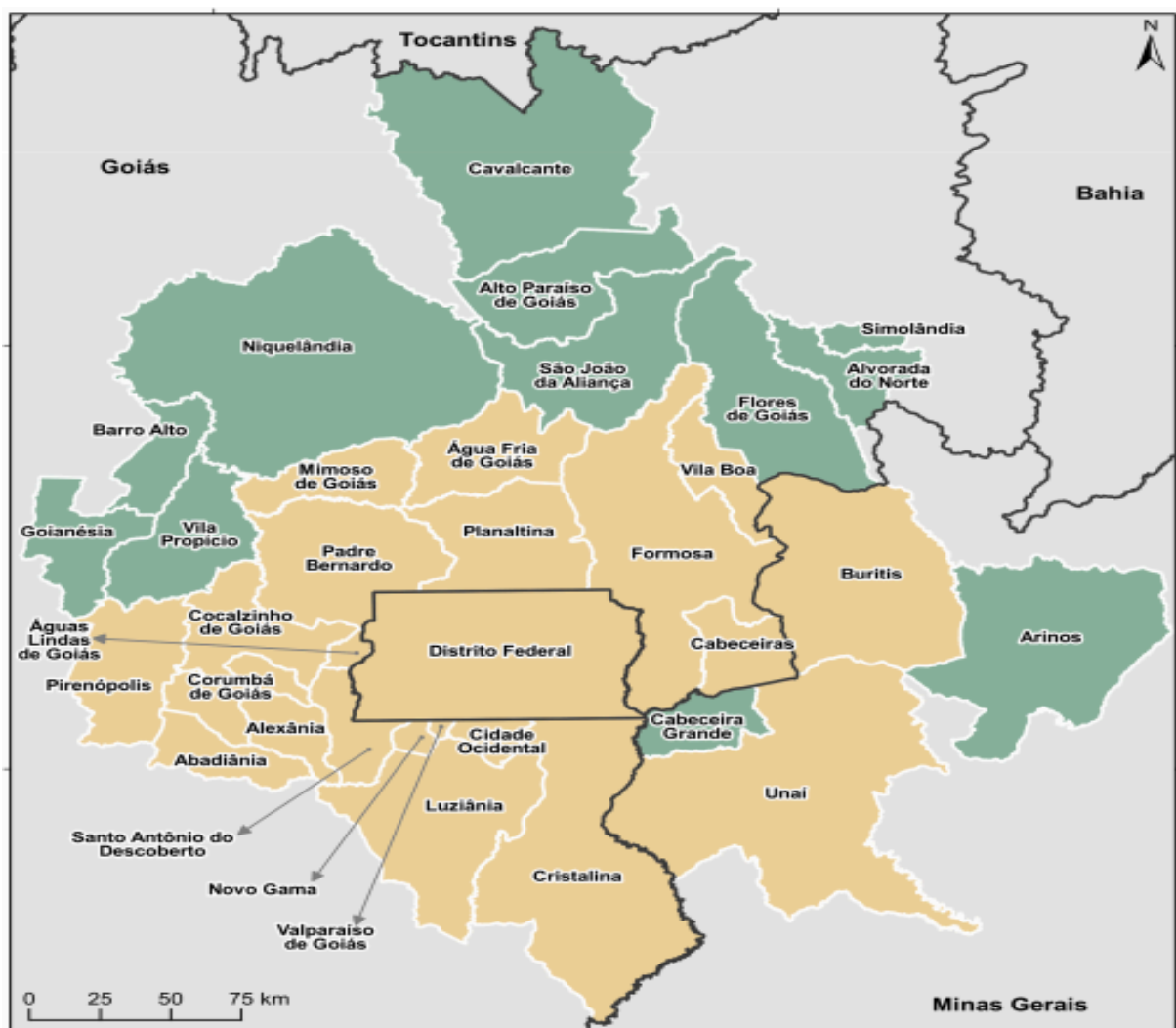


Fonte: Codeplan, 2019.

Figura 9. Mapa das regiões administrativas do Distrito Federal, 2019.

A região do entorno do Distrito Federal possui características peculiares que refletem diretamente na definição das políticas públicas para o DF. A Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE/DF) foi criada por meio da Lei Complementar Nº 94¹¹⁸, sancionada pelo Presidente da República em 19/02/1998, regulamentada pelo Decreto 2.710/98 e alterada pelo Decreto 3.445/00, com o objetivo de atenuar os desequilíbrios intrarregionais e de reduzir a pressão sobre os serviços públicos e sobre a economia do DF. Adota como princípio a integração de ações entre a União, Estados e Municípios na solução dos problemas vivenciados pelas populações do chamado “Entorno do DF” e suas relações com Brasília, promovendo o fortalecimento da ação pública naquela localidade.

Atualmente a RIDE/DF é composta por 33 municípios, são eles: Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Alto Paraíso de Goiás, Alvorada do Norte, Barro Alto, Cabeceiras, Cavalcante, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Flores de Goiás, Formosa, Goianésia, Luziânia, Mimoso de Goiás, Niquelândia, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, São João d'Aliança, Simolândia, Valparaíso de Goiás, Vila Boa e Vila Propício, no Estado de Goiás; Arinos, Buritis, Cabeceira Grande e Unai, no Estado de Minas Gerais, conforme ilustra a Figura 10:



Fonte: Codeplan, 2019.

Figura 10. Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE).

Em 2015, a Área Metropolitana de Brasília (AMB) foi definida pela Companhia de Planejamento do DF (Codeplan), por meio da Nota Técnica nº 01/2014. A AMB é formada pelo DF e sua periferia metropolitana, constituída por 12 municípios circunvizinhos (também integrantes da RIDE/DF) que possuem fluxos e relações de

natureza metropolitana com o DF. São eles: Formosa, Planaltina, Padre Bernardo, Cocalzinho de Goiás, Alexânia, Águas Lindas de Goiás, Santo Antônio do Descoberto, Luziânia, Cidade Ocidental, Cristalina, Valparaíso e Novo Gama.

A população do DF estimada para o ano de 2018 foi de **2.972.209** habitantes, que somada à população da RIDE/DF estimada em **1.585.802** habitantes, totalizam **4.373.841** habitantes, de acordo com o Plano Distrital de Saúde (PDS) 2020-2023¹¹⁹.

O incremento populacional é impulsionado pela migração de pessoas em busca de emprego, de saúde, de educação, entre outras oportunidades, enquanto a maior taxa de crescimento dos municípios do Estado de Goiás é atribuída à migração de moradores do DF para os municípios da RIDE/DF em busca de menor custo de vida. O DF foi a unidade da federação que mais cresceu no Centro-Oeste na última década. O percentual de participação de habitantes da RIDE/DF nos serviços públicos do DF geram demandas extras, não programáveis e não pactuadas entre os respectivos gestores, que acabam por competir pelo acesso com os habitantes naturais do DF. Assim, os recursos repassados pelo ente federal são calculados com base na população apenas do DF, mas as ações executadas são destinadas a um público maior e de complexa mensuração.

Logo, é necessária a pactuação de ações e serviços dentro dos princípios operacionais do sistema para superar as dificuldades existentes entre o DF e seus vizinhos, haja vista que os serviços públicos prestados pelo poder público nos municípios que compõem a RIDE/DF são precários, ou mesmo insuficientes para a sua realidade populacional, conseqüentemente, impõem ao DF o acolhimento da demanda não atendida. Portanto, os serviços públicos do DF devem ser planejados e avaliados considerando a população da RIDE/DF.

O perfil epidemiológico do DF, segundo o PDS 2020-2023¹¹⁹ da SES/DF, contemplou dados de mortalidade e morbidade. Quanto à morbidade, no período de 2014 a 2018, ocorreram 898.222 internações na rede SES/DF. A primeira causa de internação, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), foi Gravidez, parto e puerpério (27,8%), especialmente na faixa etária de 20 a 29 anos, seguida da internação por Lesões, envenenamentos e causas externas (9,6%), principalmente, na faixa de 20 a 39 anos. As Doenças do aparelho respiratório (8,1%), acometem principalmente as crianças menores de 4 anos e as Doenças infecciosas e parasitárias (3,5%) na faixa de 0 a 9 anos. As doenças do aparelho respiratório, circulatório e digestivo, totalizando 221.480 internações, representando 24,66% do total.

Quanto à mortalidade, em 2018, foram registrados 8.978 óbitos entre os residentes no DF, tendo como principais causas de mortes, conforme a CID-10, as doenças do aparelho circulatório (33,4%), neoplasias (29,3%), causas externas de morbidade e mortalidade (16,7%), doenças do aparelho respiratório (12,7%) e digestivo (7,7%).

Visando atender aos princípios básicos do SUS, o DF foi subdividido em regiões de saúde de modo a garantir a integralidade da assistência e o acesso universal da população aos serviços e ações de saúde de acordo com as necessidades e especificidades, por intermédio da conformação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis.

O sistema de saúde no DF caracteriza-se pela predominância de estabelecimentos de saúde sob a administração direta da SES/DF. O processo de regionalização no DF sofreu alterações em 2016, permitindo a descentralização da gestão da saúde do DF. Até 2015 existiam 15 regionais subordinadas diretamente à administração central. De acordo com o novo modelo de regionalização, todas foram agrupadas em sete Regiões de Saúde (Centro-Sul, Centro-Norte, Oeste, Sudoeste, Norte, Leste e Sul), cada qual com estrutura própria de gestão, ressaltando-se a limitação de autonomia financeira (Figura 11).



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Figura 11. Representação gráfica das Regiões de Saúde do DF, 2016

Tais Regiões de Saúde foram instituídas pelo Decreto do GDF nº 37.515/2016, que estabelece o programa de Gestão Regional da Saúde (PRS) para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital (URD) com vistas ao desenvolvimento da Atenção da Atenção Integral à Saúde, conceituando-se:

- Região de Saúde: espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Regiões Administrativas limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;
- Unidade de Referência Distrital (URD): unidade pública de atenção à saúde destacada por suas especificidades assistenciais, especialização ou finalidade, como referência para todas as regiões de saúde. É subordinada diretamente ao Secretário de Saúde, independentemente da localização geográfica.

As Regiões de Saúde estão distribuídas de acordo com as Regiões Administrativas do DF (Quadro 3) e possuem estrutura administrativa para coordenar os estabelecimentos de saúde no seu território, considerando o perfil social, demográfico e epidemiológico da população, os fluxos dos usuários, a situação geográfica, os fluxos migratórios naturais e as distâncias entre as RA.

Quadro 3. Distribuição das RA's nas Regiões de Saúde do DF, 2020.

Região de Saúde	Região Administrativa	
CENTRAL	RA1 - Brasília (Asa Norte)	RA18 - Lago Norte
	RA1 - Brasília (Asa Sul)	RA 22 - Sudoeste/Octogonal
	RA11 - Cruzeiro	RA 23 - Varjão
	RA16 - Lago Sul	
CENTRO-SUL	RA8 - N. Bandeirante	RA 21- R. Fundo II
	RA10 - Guará	RA 24 -Park Way
	RA17 - R. Fundo I	RA 25 - SCIA (Estrut.)
	RA19 - Candangolândia	RA 29 - S.I.A
NORTE	RA5 - Sobradinho I	RA 26 - Sobradinho II
	RA 6 - Planallina	RA 31 - Fercal
SUL	RA2 - Gama	RA13 - Santa Maria
LESTE	RA7 - Paranoá	RA 27- Jd. Botânico
	RA14 - São Sebastião	RA 28 - Itapoã
OESTE	RA4 - Brazlândia	RA9 - Ceilândia
	RA 32 – Sol Nascente/ Pôr do Sol (*)	
SUDOESTE	RA3 - Taguatinga	RA 20 - Águas Claras
	RA12 - Samambaia	RA 30 - Vicente Pires
	RA15 - Recanto das Emas	RA 33 - Arniqueira (**)

Ainda em 2015, a SES/DF foi reorganizada em 01 Administração Central (ADMC), 07 Superintendências das Regiões de Saúde (SRS) e 3 URD. À ADMC foi atribuído o papel de Estado, que normatiza e controla a rede de serviços, e às Superintendências foi conferida a responsabilidade pela execução das ações e serviços (papel de municípios). A estrutura de serviços e de gestão das Superintendências foi elaborada de forma padrão sem, contudo, desrespeitar as singularidades regionais.

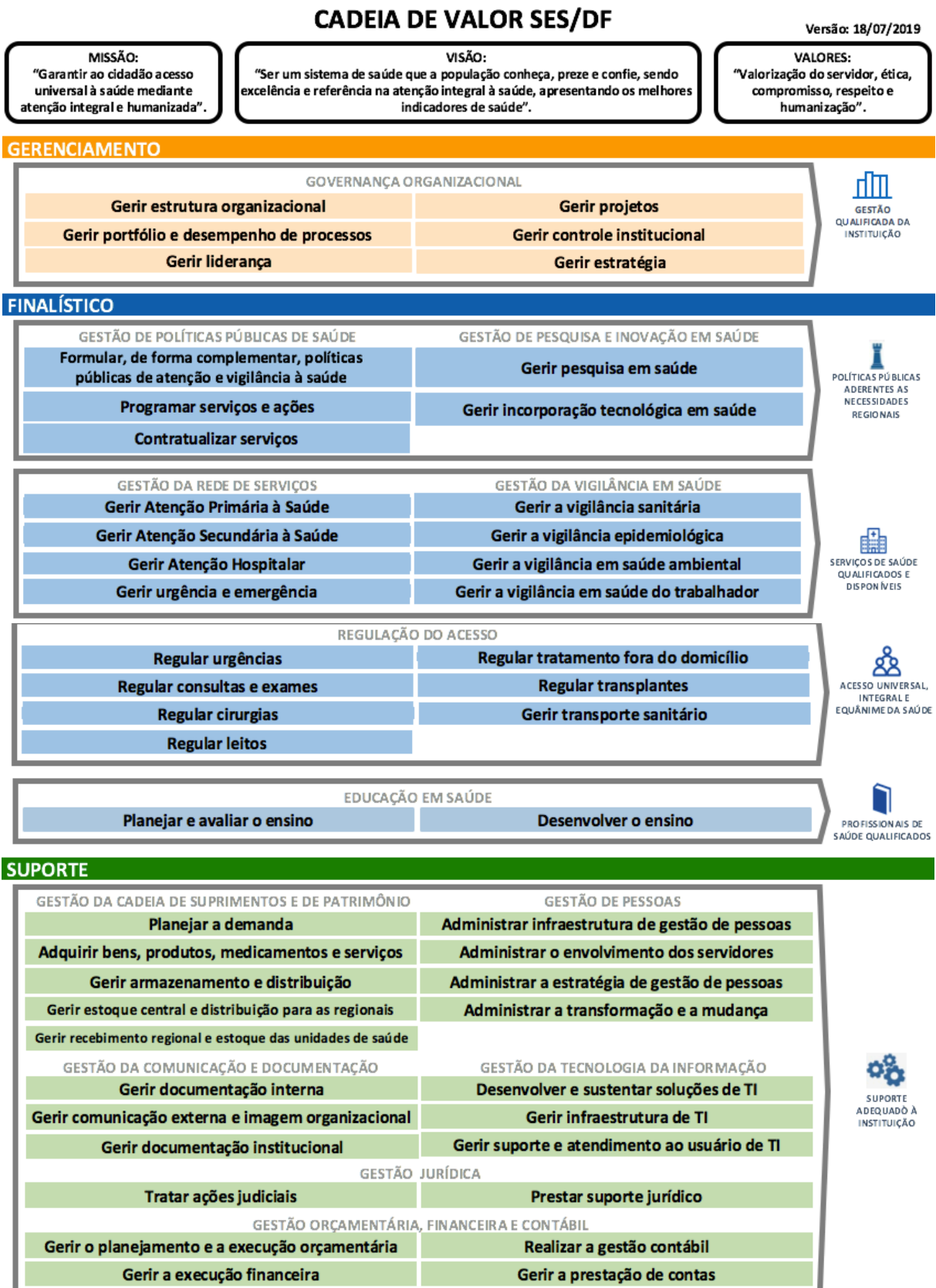
Em 2016, foram criados os Acordos de Gestão Regional (AGR) que são instrumentos celebrados entre a ADMC, as SRS e as URD. O objeto dos Acordos é a contratualização de metas, com o estabelecimento da gestão por resultados e corresponsabilização de todos os envolvidos.

Do ponto de vista da regionalização, as sete Regiões de Saúde são compostas de diversos equipamentos de atenção em saúde. O PDS 2020-2023¹¹⁹, atualiza os componentes da rede como as unidades ambulatoriais, hospitalares e de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico que, integrados, permitem uma variabilidade de ações e serviços que respondem tanto pelas necessidades em atenção primária até as de maior complexidade (serviços especializados de média e alta complexidade) e também as urgências e emergências, incluindo o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU). Ou seja, o DF é responsável pela gestão da atenção primária, de média e alta complexidade, além de ações de vigilância em todo o seu território.

Entendendo-se que os diferentes níveis de atenção se classificam pela densidade tecnológica que apresentam e que são fundamentais na composição das Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹²⁰, o DF comporta as principais redes temáticas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Condições Crônicas, Rede de Atenção Psicossocial e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Diante da caracterização do sistema público de saúde do DF e considerando o conceito de Cadeia de Valor da saúde definido por Porter e Teisberg(2006)^{121,122} como a representação de atividades que permitem a identificação do escopo de atuação de uma determinada organização, observa-se que a regulação do acesso está inserida na Cadeia de Valor da SES/DF como uma dimensão finalística (Figura 12). Tal desenho defende que a regulação em saúde como atividade de definição de normas,

controle e fiscalização dos produtos e serviços que podem impactar a saúde da população e, portanto, deve constar na cadeia de valor da saúde de uma organização.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Figura 12. Cadeia de Valor da SES/DF, 2019.

A rede SES/DF, atualmente, conta com: 172 Unidades Básicas de Saúde; 12 unidades hospitalares (hospitais regionais); 03 unidades de referências distritais (Hospital de Base - HBDF, Hospital de Apoio de Brasília e Hospital São Vicente de Paula); 06 unidades de pronto atendimento (UPA); 01 Central de Radiologia; 02 laboratórios regionais; 01 Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP); 01 Laboratório Central – (LACEN); 22 Núcleos de Inspeção de Saúde; 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); 01 Diretoria de Saúde Ocupacional (DSOC); 01 Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), mantenedora de três instituições de ensino, a Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), a Escola Técnica de Brasília (ETESB) e a Escola de Aperfeiçoamento do SUS (EAP-SUS); 01 Fundação Hemocentro de Brasília (FHB); 01 Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO); 01 Centro de Alta Complexidade em Oncologia no HBDF (CACON); 10 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); 17 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Complexo Regulador do DF.

Em 2017, deu início ao processo de reestruturação do sistema de saúde no DF, por meio da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, definindo a Política de Atenção Primária à Saúde (APS) do DF, fundamentada na Estratégia Saúde da Família (ESF), nos termos da Política Nacional de Atenção Básica e da Resolução nº 465/2016, do Conselho de Saúde do DF. Essa Portaria foi regulamentada pela Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017 que disciplina o processo de conversão da APS do DF ao modelo da ESF. Mais recentemente, a Lei Distrital nº 6.133, de 06 de abril de 2018, estabelece a ESF como modelo de APS do Distrito Federal.

2.6 A REGULAÇÃO E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) não é peculiar ao caso brasileiro. Essa é uma estratégia utilizada por todos os países que implantaram sistemas de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, como Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia⁵⁸.

As RAS são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”¹²³. São organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e

interdependente que atuam segundo a natureza específica do cuidado a ser prestado. Desenvolvem a atenção integral à saúde de forma continuada a uma determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde, de modo equânime, em tempo oportuno, no lugar certo, com o custo certo, de forma humanizada, com responsabilidades sanitária e econômica e com qualidade suficiente para responder às suas demandas e necessidades saúde¹²⁰.

São constituídas por diversas unidades, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território. Incluem a definição de vários equipamentos sociais e serviços de saúde que a compõem, finalidades e modos de organização e funcionamento, as formas de articulação e coordenação das ações desenvolvidas, além dos mecanismos de estruturação e gestão do cuidado à saúde⁵⁸.

Os diversos equipamentos e serviços que compõem uma rede de saúde funcionam como pontos de atenção ou lugares onde o cuidado à saúde é oferecido. A construção de uma rede baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no espaço e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos.

Existe uma relação intrínseca entre a organização da atenção à saúde em rede e os princípios da universalidade, equidade e integralidade. Em uma rede, os equipamentos e serviços não funcionam de forma isolada, responsabilizando-se conjuntamente pelo acesso, atenção integral e continuidade do cuidado à saúde das pessoas¹²⁴.

Desde 2011, a implementação das redes de atenção à saúde no país tem sido induzida por meio de financiamento federal em torno de prioridades estabelecidas de acordo com diretrizes clínicas ou organizativas, como materno-infantil, atenção psicossocial, doenças crônicas, ou de serviços de urgência e emergência, denominadas redes temáticas^{120,125}.

As RAS estão organizadas no SUS, de acordo com a Portaria GM/MS n.º 4.279/2010¹²³, em cinco redes temáticas prioritárias, que foram pactuadas para serem implantadas nas regiões de saúde de todo o país¹²⁶, são elas:

- Rede Cegonha: consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis e

tem como objetivo, além de fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. Essa rede deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança, a partir das diretrizes estabelecidas.

- Rede de Urgência e Emergência (RUE): também chamada Rede Saúde Toda Hora, tem como diretrizes a ampliação do acesso e o acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos, com garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes). Como toda rede, a atuação é territorial, com definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde das populações, seus riscos e vulnerabilidades específicos. Tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários.
- Rede de Atenção Psicossocial para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Raps): tem como diretrizes, o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; o combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; atenção humanizada e

centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites): objetiva ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua, no âmbito do SUS. Tem como uma das diretrizes gerais o respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas.
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, no âmbito do SUS: São objetivos gerais dessa rede realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças/condições crônicas, por meio da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

A estrutura operacional das RAS compõe-se de cinco componentes¹²⁰, são eles:

- I. Centro de comunicação: é constituído pela Atenção Primária à Saúde (APS) que coordena os fluxos e contrafluxos do sistema organizados a partir das necessidades de saúde da população.
- II. Pontos de atenção secundários e terciários: é a oferta de serviços especializados, diferenciados por suas respectivas densidades tecnológicas. Contudo, na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, características das relações hierárquicas, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das RAS.
- III. Sistemas de apoio: são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde.
- IV. Sistemas logísticos: são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional

dos fluxos/referência e contrafluxos/contrarreferência de informações, produtos e pessoas ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Os principais sistemas logísticos são o cartão de identificação dos usuários, o prontuário clínico, os sistemas de regulação do acesso e os sistemas de transporte em saúde.

- V. Sistemas de governança: é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das RAS, de forma a gerar uma cooperação entre os atores sociais envolvidos, aumentando a interdependência entre eles para obter resultados sanitários e econômicos junto à população adscrita.

A APS, ainda que se constitua como um primeiro nível de atenção, tem um papel de organização e integração das RAS e da promoção, prevenção e recuperação da saúde, garantindo a coordenação e a continuidade do cuidado. Uma alta capacidade de resposta da APS é fundamental para o funcionamento das RAS, pois identifica situações que necessitam de atendimento especializado e a garante o acesso aos demais níveis de complexidade do sistema⁷.

Nas RAS, a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação entre as unidades deve ser efetiva para garantir não apenas o acesso nominal, mas a continuidade do cuidado. Elas pressupõem que os usuários sejam encaminhados e atendidos em unidades mais complexas do sistema quando necessário e que possam retornar à sua unidade de origem (correspondente a um nível mais básico do sistema) para acompanhamento (mecanismo de referência e contrarreferência). Isso implica em um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais ou postos de saúde, públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados⁵⁸.

O papel desempenhado pela atenção primária à saúde na regulação assistencial das RAS tem sido fundamental, sobretudo face às importantes consequências da mudança dos perfis epidemiológico e demográfico da população, com uma prevalência relativa e crescente das condições crônicas de saúde²⁰.

Para organização das RAS é necessário a delimitação das regiões de saúde e sua população e estabelecimento da carteira de serviços de cada região.

2.7 A REGULAÇÃO E A EQUIDADE DO ACESSO

A consolidação do SUS foi influenciada pela Reforma Sanitária ocorrida na década de 80, sendo um movimento voltado para a conquista de um sistema de saúde que garantisse a igualdade ao acesso universal dos usuários aos serviços de saúde, baseado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização e descentralização¹²⁷.

A CF de 1988, ao citar a saúde como um direito de todos e dever do Estado assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, estabelece uma relação direta entre política de saúde e política social, uma vez que a saúde é um dos direitos inerentes à condição de cidadania. Mais que um direito social, há uma tendência cada vez mais perceptível de se considerar o direito à saúde como um direito humano¹²⁸.

Entende-se a cidadania como o “direito de ter direitos”¹²⁹ e nessa ótica, tem-se na igualdade um princípio que alude à ideia de justiça social distributiva¹²⁷. A Lei 8.080/90⁸⁰, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, considera a igualdade como um princípio no qual determina a assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Entretanto, na perspectiva do Ministério da Saúde, “se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades”¹³⁰.

As intervenções nas desigualdades devem ser realizadas com o intuito de obter a igualdade na saúde. Nesse sentido, a partir da identificação dos fatores que dão origem às desigualdades em saúde se estabelece uma classificação destes, em termos de injustos e evitáveis. Surge, então, a equidade sendo entendida como a superação de desigualdades evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades distintas sejam atendidas por ações diferenciadas¹³¹.

Apesar de ambos os termos, igualdade e equidade, referirem-se à justiça social¹³², tem-se no fator de distribuição o seu diferencial. A igualdade é entendida como uma distribuição homogênea, a cada pessoa uma mesma quantidade de bens ou serviços, indiferentemente. Já a equidade, por sua vez, levaria em consideração

que as pessoas são diferentes e têm necessidades diversas, sendo assim entendida como uma distribuição heterogênea¹³³. Ou seja, tem-se na equidade a garantia de respeito às diferentes necessidades dos usuários, pois é um princípio no qual a distribuição de recursos é feita em função das necessidades de saúde de uma determinada população¹³⁰.

Do ponto de vista econômico, a busca da equidade se relaciona diretamente com a eficiência, justificando, assim, a necessidade da atuação do Estado no setor saúde. A eficiência pode ser definida como a diminuição dos custos da produção de qualquer bem ou serviço e a maximização de sua utilização. Ou produção ao menor custo e obtenção do máximo de resultado a um determinado custo. Ou ainda, a obtenção do máximo de benefícios dos recursos disponíveis. Logo, ser eficiente é uma forma de promover a equidade. Quanto mais forte for a atuação do Estado, por meio de mecanismos de regulação, melhores devem ser os resultados em termos de qualidade, equidade e acesso⁹³.

Para operacionalizar o princípio da equidade é necessário especial atenção sobre as condições de saúde da população, no que diz respeito às chances de ocorrência de agravos à saúde; e sobre o acesso e utilização dos serviços de saúde referente à disponibilidade de ações de saúde^{134,135}.

O acesso aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, tem no princípio da universalidade a oportunidade de ofertar à população os bens e serviços de ela necessita, configurando-se como um dispositivo transformador da realidade. Neste sentido, a questão do acesso assume um caráter regulador sobre o sistema de saúde, definindo fluxos, funcionamento, capacidade e necessidade de expansão e organização da rede para a continuidade assistencial¹³⁵.

A efetividade do acesso significa o fornecimento do cuidado adequado, no momento e local apropriados¹³⁷. Ou seja, o acesso como resultado perfeito da interação entre a oferta e demanda¹³⁸. O que se discute, portanto, é a possibilidade de obter serviços necessários no momento e no local adequados, em quantidade suficiente e a um custo razoável. Para isso, a garantia de acesso pressupõe a remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis¹³⁹.

No senso comum, acesso e acessibilidade são conceitos muitas vezes tratados de forma indistinta, quase como se fossem sinônimos. O conceito de acesso centrado na entrada inicial dos serviços de saúde é o mais abordado¹⁴⁰, mas pode ser tratado

como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. É a capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e o serviço necessários, no momento certo e no lugar adequado¹⁴¹. Já a acessibilidade é tratada como uma das dimensões do acesso e possui uma referência relacionada à distância geográfica, tempo e custo¹⁴².

Buscando alcançar o acesso equânime a que se propõe, o SUS faz uso do processo de regulação como um de seus instrumentos de gestão capaz de atenuar a relação entre necessidade, demanda e oferta. Tem na regulação o objetivo de gerenciar o processo de priorização do acesso aos serviços assistenciais, de modo a garantir a efetivação da equidade no sistema de saúde¹⁵.

Para avançar no princípio da equidade, há necessidade de arranjos que articulem a regulação com a efetiva produção da rede de cuidados. É preciso dispor muito mais do que computadores, rede lógica que atenda às necessidades de gestão, sistemas informacionais, normas e protocolos. Isto é, dispositivos que atuem na articulação e coordenação da rede que está em constante movimento e transformação, devendo ser considerados não apenas os valores quantitativos, mas também os qualitativos e subjetivos, como os interesses dos atores envolvidos⁷⁵.

2.8 A REGULAÇÃO E A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO

A judicialização da saúde tem se mostrado como um fenômeno persistente que ultrapassa as dimensões social, jurídica, sanitária e de gestão de serviços públicos, por compreender a saúde como um direito social previsto em marcos normativos nacionais^{143,144,145}.

O litígio pelo direito à saúde tornou-se um caminho opcional de acesso à saúde¹⁴⁶ e as discussões desta temática no contexto da saúde pública brasileira têm enunciado grandes consequências no que concerne à oferta de serviços visto que há uma maior ênfase nos estudos sobre a judicialização da saúde considerando a intervenção do Estado e seu papel regulador^{143,145,146}.

Por se tratar a saúde como um direito de todos, cabe ao Estado o dever de ofertá-la⁷⁸. Logo, é de responsabilidade da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal prestá-la em vista das máximas constitucionais, considerando seus respectivos níveis de gestão e o que os compete¹⁴⁷, uma vez que já houve a apropriação deste direito pela população¹⁴⁸.

A busca pela judicialização com o intuito de obter acesso aos serviços de saúde pode ocorrer tanto de forma individual quanto coletiva¹⁴⁹ e o aumento de ações nas quais foram obtidos os bens de saúde por meio do poder judiciário indica a redefinição dos deveres do Estado, considerando os aspectos administrativos e de recursos voltados para a saúde¹⁵⁰.

Apesar de ser um direito do cidadão exigir a garantia de acesso aos serviços públicos de saúde via sistema judiciário, observa-se que esta prática fragmenta a política pública vigente, desconsiderando os critérios essenciais que a fundamentam, ferindo assim, o princípio da equidade. Portanto, os critérios técnicos precisam ser observados para garantir maior efetividade à política de saúde e eficiência do gasto¹⁵¹.

Assim, a finalidade da judicialização da saúde é a obtenção de serviços de saúde embasados no previsto pela Constituição Federal, mais especificadamente, de produtos e serviços ofertados pelo SUS garantidos mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, de modo que se tenha o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação¹⁵².

Nesta ótica, demonstrar-se-á que a efetivação do acesso ao SUS, como direito à saúde, exige o compromisso dos Poderes da União e dos prestadores de serviços em observar de forma criteriosa os princípios e políticas do SUS¹⁷.

A busca do amparo judicial para efetivação do direito à saúde considera a relação entre demanda e oferta de serviços, mesmo que limitada, como por exemplo, serviços complexos¹⁵³. Cabe à a regulação, por ser um serviço complexo e fundamental ao Estado para garantia da equidade e priorização do atendimento, o ato de ofertar o serviço de saúde mais adequado à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada²¹.

Sob o ponto de vista regulatório, dois estudos foram identificados. O estudo descritivo e exploratório de Gomes *et al.* (2014)¹⁵⁴, apesar de não citar o acesso via regulatória, investigou decisões judiciais para o acesso a procedimentos ambulatoriais e hospitalares, entre os quais, situam-se: pedidos de transporte para tratamentos, aplicação de medicamentos, consultas, terapias, exames, tratamentos fora do domicílio, internações em leitos comuns ou em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), cirurgias, transplantes, ações de promoção da saúde e perícias, questionando-se a capacidade técnica do Poder Judiciário para intervir na organização e gestão do sistema de saúde.

Já o estudo de Ramos *et al.* (2016)¹⁵⁵ procurou descrever a atitude comportamental de profissionais de saúde que atuavam em centrais de regulação e o processo de judicialização que lhes é imposto diariamente durante a prática regulatória. Os resultados demonstraram que a judicialização apresenta um caráter negativo, mas reconhecem esse recurso como necessário diante da crise de saúde pública. A judicialização é considerada uma estratégia para exercer a cidadania que sobrepõe o indivíduo ao direito coletivo, aumenta as desigualdades sociais no acesso e compromete a eficácia das políticas de saúde.

Em contrapartida, o estudo de Aith *et al.* (2014)¹⁵⁶ defende que a judicialização da saúde é, em estados democráticos de direito, uma importante via de acesso a serviços e produtos que não estão incorporados ao sistema público de saúde, mas fundamentais para a proteção da vida e da saúde, mesmo quando não constam dos protocolos e diretrizes terapêuticas do Estado.

Para todos os efeitos, a judicialização, à luz da teoria geral dos sistemas, ocorre quando há uma sobreposição das decisões judiciais à estrutura normativa desenvolvida pelo sistema político¹⁵⁷. De fato, a magistratura brasileira não se omitirá quanto aos casos que lhe são submetidos, independentemente da natureza ou complexidade, o que poderá levá-la a uma exorbitação de suas prerrogativas¹⁵⁸. Isto posto, recomenda-se uma reflexão sobre os limites da atuação judicial e do próprio sistema jurídico, em face da proteção de direitos sociais e seu reflexo nas políticas públicas¹⁵⁹.

Nesse sentido, são indispensáveis as relações entre gestores e prestadores de serviço e, acima de tudo, as relações com os usuários e suas diferentes demandas, a fim de que se tenha clara identificação de suas necessidades. Somente assim, a regulação exercerá o importante papel de ser promotora de equidade no acesso, dentro de um fluxo que permita o caminho mais adequado e oportuno na resposta a necessidade do cidadão¹⁷.

2.9 MAPEAMENTO CONCEITUAL

O conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde ainda são objeto de debate, conforme o entendimento dos atores sociais em foco, apresentando, ainda, algumas fragilidades na sua execução. Para entender melhor como todo esse processo funciona, este estudo buscou aplicar o mapeamento conceitual como

ferramenta de análise para subsidiar a gestão, considerando o processo regulatório vigente.

O mapeamento conceitual é considerado um método bem estabelecido na pesquisa em saúde pública que foi aplicado com sucesso para desenvolver estruturas e ferramentas de medição e avaliação. É um procedimento para reproduzir e integrar o conhecimento e a experiência existentes de maneira que faça sentido para as diferentes partes envolvidas, tornando-o tangível e utilizável para facilitar a discussão, a cooperação e a avaliação, além de apontar pesquisas em uma direção que não foi seguida ou explorada anteriormente¹⁶⁰.

O mapeamento conceitual é um método que permite a um grupo descrever suas ideias em qualquer campo e representar essas ideias visualmente em um mapa. O procedimento geral para o mapeamento conceitual foi descrito inicialmente por Trochim. O método tem sido usado em uma ampla gama de campos, incluindo pesquisa em serviços de saúde e saúde pública³³.

Estudos realizados por Trochim²⁷, desde 1985, na Cornell University, definem o mapeamento conceitual como uma abordagem de planejamento e avaliação que integra processos qualitativos com análises estatísticas multivariadas como uma base para uma abordagem de correspondência de padrão para inferência causal. Em um dispositivo gráfico hierárquico, o mapa fornece uma estrutura de organização de alto nível e detalhes operacionais consideráveis que juntos podem ser usados para guiar o planejamento de ações, bem como o projeto de avaliação e medição em qualquer área do conhecimento.

Embora um mapeamento conceitual não seja necessário para o desenvolvimento de um sistema de avaliação, a metodologia a ser empregada oferece várias vantagens para este processo de desenvolvimento, uma vez que apresenta uma abordagem estruturada e rigorosa que pode ser utilizada eficazmente no processo de articulação dos modelos conceituais e lógicos subjacentes ao trabalho complexo e colaborativo no âmbito da investigação científica³⁴. Cabe destacar que o trabalho em saúde mostra-se altamente complexo e ao considerar as questões relacionadas à regulação do acesso tal complexidade perpassa os diversos níveis de assistência à saúde, pressupondo, assim, práticas colaborativas.

Vale ressaltar a diferença metodológica entre mapeamento conceitual e mapa conceitual ou cognitivo apesar de serem usados como sinônimos. Este último foi idealizado por Novak e Gowin^{161,162} na área de educação como uma ferramenta com

potencial para favorecer a aprendizagem significativa, tendo aplicação em diversas áreas do conhecimento. Foram propostos como uma forma de instrumentalizar a teoria da aprendizagem significativa de David Ausubel¹⁶³ que menciona o ser humano capaz de organizar o seu conhecimento através de uma hierarquização dos conceitos¹⁶⁴.

Esses mapas são ferramentas gráficas para a organização e representação do conhecimento¹⁶⁵. Eles incluem conceitos, geralmente dentro de círculos ou quadros de alguma espécie, e relações entre conceitos, que são indicadas por linhas que os interligam; servem como uma espécie de molde ou suporte para ajudar a organizar e estruturar o conhecimento, ainda que a estrutura precise ser construída peça por peça com pequenas unidades de quadros conceituais e proposicionais interagentes¹⁶⁶. A relação entre o conceitos constantes permite sua hierarquização, o que induz ao pensamento cognitivo de forma organizada¹⁶⁷.

A ideia na qual as proposições partem da consideração de que os indivíduos apresentam uma organização cognitiva interna baseada em conhecimentos de caráter conceitual, sendo que a sua complexidade depende muito mais das relações que esses conceitos estabelecem em si que do número de conceitos presentes, organizando o conhecimento através de uma hierarquização dos conceitos¹⁶⁴. Isto permite o entrelaçamento dos conceitos de modo gráfico, gerando assim, uma organização aprofundada do conhecimento¹⁶⁵.

Assim, os mapas conceituais devem ser vistos como diagramas hierárquicos que indicam relações entre conceitos os quais procuram refletir a organização conceitual de uma disciplina ou parte dela¹⁶⁷. Não devem ser confundidos com organogramas ou diagramas de fluxo, pois não implicam sequência, temporalidade, direcionalidade, nem ordens organizacionais ou de poder.

São diagramas de significados, de relações significativas entre definições; de hierarquias conceituais. Eles buscam classificar conceitos, relacioná-los e hierarquizá-los¹⁶⁸. Isso também os diferencia das redes semânticas que não necessariamente se organizam por níveis hierárquicos e não obrigatoriamente incluem apenas conceitos. Mapas conceituais também não devem ser confundidos com mapas mentais que são livres, associacionistas, não se ocupam de relações entre conceitos, incluem coisas que não são conceitos e não estão organizados hierarquicamente. Não devem, igualmente, ser confundidos com quadros sinópticos que são diagramas

classificatórios. Mapas conceituais não buscam classificar conceitos, mas sim relacioná-los e hierarquizá-los¹⁶⁷.

Não é um método híbrido como o mapeamento conceitual, mas considera a necessidade de conhecer as ideias e conceitos prévios e a estrutura dos significados com o propósito de estabelecer conhecimentos inter-relacionados e hierarquizados por uma frase de ligação, em um dispositivo gráfico, gerando uma proposição¹⁶³. Tem-se no estudo de Lins *et al.*¹⁶⁹, por exemplo, o uso do mapa conceitual para relatar a medição de indicadores de desempenho da assistência à saúde em 5.565 municípios brasileiros com vistas a apoiar a formulação de políticas de saúde.

A metodologia de mapeamento conceitual, proposta por Trochim é uma abordagem participativa de métodos mistos que utiliza uma combinação de processos de grupo (*brainstorming*, classificação, avaliação e interpretação) e uma sequência de etapas de análise estatística multivariada (escalonamento multidimensional e análise hierárquica de *clusters*) que resultam em mapas conceituais. Os valores de prioridade são adicionados às declarações qualitativas recolhidas durante a etapa de *brainstorming*, que podem ser interpretadas em correspondências de padrões e gráficos de valores e usadas em estudos de planejamento ou avaliação¹⁷⁰.

Nessa perspectiva, Donnelly³⁸, em uma revisão sistemática, reuniu 104 estudos que aplicaram o mapeamento conceitual em diversas áreas do conhecimento, distribuídos em 35 universidades nos Estados Unidos e Canadá no período compreendido entre os anos de 1985 e 2014. Na área da saúde, 10 (9,6%) estudos foram identificados com impacto significativo. Já para Andersen & Slonim³⁷, o mapeamento conceitual é útil para subsidiar não só o planejamento e a avaliação, mas, principalmente, instrumentalizar as definições de prioridades em saúde pública.

Em se tratando de políticas de saúde e planos de desenvolvimento para o acesso da população, os estudos de Goicolea *et al.*³⁹ na Suécia, Bradbury-Jones *et al.*⁴⁰ na Escócia, Johnson *et al.*¹⁷¹ e Willging *et al.*¹⁷² nos Estados Unidos contribuíram, mediante o uso do mapeamento conceitual, para a construção de novas diretrizes e debates na reformulação das políticas vigentes, o que fortalece o discurso da ampliação do acesso aos serviços de saúde, corroborado pelos estudos de Ahmad *et al.*⁴¹ e Vives-Cases *et al.*⁴² que identificaram as principais barreiras que impedem tal acesso.

Assim, o mapeamento conceitual, de forma geral, pode ser um instrumento metodológico para promover a discussão interdisciplinar, além de facilitar o

entendimento e a organização de conceitos e proposições que podem ser trabalhados em projetos complexos na área da saúde. Buscou-se, portanto, neste estudo associar a aplicação do mapeamento conceitual à regulação do acesso como um potencial ferramenta para a gestão pública da saúde.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 - TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo em uma abordagem do tipo método misto, realizado no Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF), pertencente à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

A pesquisa atendeu às normas éticas fundamentadas na Resolução CNS/MS nº 466, de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS), vinculado à SES/DF, sob o CAAE nº 67853517.2.0000.5553 (ANEXO A).

3.2 - CENÁRIO DO ESTUDO

Todo o estudo se desenvolveu dentro do CRDF da SES/DF junto às centrais de regulação das áreas de internação hospitalar (CERIH), ambulatorial (CERA), alta complexidade (CERAC), cirurgias eletivas (CERCE), urgências (CERU) e transplantes (CET). Não foi incluída a área de regulação do transporte sanitário (CERTS) por estar em fase de implantação e com ajustes do processo de trabalho a ser empregado. Também não foi incluída a área de toxicologia (CEITAP) por estar em fase de agregação ao CRDF. A seguir, a descrição de cada Central como cenário de pesquisa:

- CERIH: Funciona ininterruptamente durante 24 horas, todos os dias da semana em esquema de plantão. Utiliza um aplicativo informacional próprio, desenvolvido por uma empresa contratada para a prestação de serviços de tecnologia da informação junto à SES/DF. Quanto ao quadro de pessoal atual, a CERIH possui três tipos de equipe, a saber: enfermeiros controladores, médicos reguladores e médicos supervisores. Todos são servidores efetivos, regidos pela Lei Complementar n.º 840/2011. Todavia, alguns servidores da CERIH e de outros setores da SES/DF realizam as atividades laborais sob regime de horas extras, visto que há insuficiência de recursos humanos no quadro próprio para o fechamento das escalas. Contudo, esse fato tem sido gradualmente reduzido, com a nomeação/lotação de novos servidores em regime de horas contratuais. Atualmente, a CERIH conta em cada plantão, seja noturno ou diurno nas 24h, com três médicos reguladores e dois enfermeiros controladores de UTI; já os médicos supervisores, em média quatro, atuam de

segunda a sexta-feira em horário comercial. Para a regulação de leitos gerais, são seis enfermeiros controladores e cinco médicos reguladores das 7h às 23h, sete dias por semana. Esta Central vincula-se técnica e operacionalmente à DIRAAH do CRDF.

- CERA: Funciona no horário de 07h às 19h, de segunda a sexta-feira. A equipe da CERA é composta por 15 médicos reguladores, 14 enfermeiros, um odontólogo e 11 operadores de *call center*, distribuídos em dois turnos (manhã e tarde). É vinculada técnica e operacionalmente à DIRAAH, por meio da Gerência de Regulação Ambulatorial (GERA).
- CERAC: para executar suas atribuições que exigem atendimento aos usuários, esta Central desenvolve suas atividades em um espaço fora do CRDF. Conta com uma equipe multidisciplinar de enfermeiros, médicos, assistente social e técnicos administrativos. Funciona de segunda a sexta-feira de 7 às 19h. É vinculada técnica e operacionalmente à DIRAAH.
- CERCE: atua dentro do CRDF, com uma equipe de quatro médicos e quatro enfermeiros para monitorar o fluxo regulatório das solicitações de cirurgias eletivas de várias especialidades. Funciona também de segunda a sexta-feira de 7 às 19h. É vinculada técnica e operacionalmente à DIRAAH.
- CERU: funciona 24h, sete dias por semana e conta com uma equipe ampla e multidisciplinar distribuída em todas as regiões de saúde, por meio dos núcleos de atendimento pré-hospitalar. É vinculada técnica e operacionalmente à Diretoria do SAMU 192.
- CET: não disponibilizou dados sobre o processo de trabalho para a base teórica deste estudo.

3.3 - POPULAÇÃO/AMOSTRA

Ao todo, foram identificados 579 servidores atuantes na área de regulação do acesso aos serviços públicos de saúde do CRDF, sendo 26 gestores e 553 demais profissionais. Participaram 93 servidores, destes, 26 eram gestores e 67 demais profissionais. O cálculo amostral foi considerando o grau de confiança de 90% e margem de erro de 5% para significância estatística¹⁷³.

Como critério de inclusão, foram considerados os servidores ativos que lidam com o processo regulatório, vinculados ao CRDF e que responderam integralmente o *Survey on line*.

Como critérios de exclusão, foram considerados os servidores ativos de outras áreas que não fosse a de regulação ou que não vivenciassem a prática regulatória. Também não foram considerados estagiários e residentes nos setores ligados à regulação.

Todos os participantes de pesquisa tiveram conhecimento sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2) e somente após a anuência do mesmo é que puderam prosseguir na pesquisa.

3.4 - PERCURSO METODOLÓGICO: PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

O percurso metodológico foi desenvolvido em dois momentos. No primeiro foi realizado o levantamento documental e bibliográfico e no segundo foi realizada a coleta dos dados empíricos.

3.4.1 - 1º Momento: Levantamento bibliográfico e documental

Neste primeiro momento foi realizado um levantamento na literatura sobre o tema regulação em saúde, associado com a base documental e legal existente e disponível na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, precisamente junto à Diretoria de Regulação de Internação Hospitalar (DIRAAH) do CRDF. A busca documental abrangeu portarias, normativas, ordens de serviços, protocolos, fluxos operacionais, pactuações oficiais entre os gestores, atas de reuniões, circulares, memorandos, ofícios, manuais e materiais impressos existentes que delinearão o processo regulatório vigente. Todo o material encontrado contribuiu para a construção do referencial teórico deste estudo.

Quanto ao levantamento na literatura, inicialmente buscou-se na base de dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)/ Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), por se tratar de um banco nacional das produções acadêmicas, estudos que abordassem a utilização do mapeamento conceitual na área da saúde como ferramenta de avaliação ou de planejamento ou de gestão.

A busca *on line* foi realizada utilizando os termos “*mapa conceitual*”, “*mapeamento conceitual*” e “*conceptual mapping*”. Teve como objetivo explorar o

estado da arte da produção científica brasileira sobre mapeamento conceitual aplicado como ferramenta de gestão na área de saúde, na tentativa de se encontrar lacunas do conhecimento que pudessem ser preenchidas com novos estudos. Como critério de inclusão, foram considerados somente os estudos que demonstrassem a aplicação do mapeamento conceitual na área da saúde, precisamente nas áreas de gestão, avaliação ou planejamento.

Como filtro de pesquisa, foi utilizado o período compreendido entre 1985 e 2016, na BDTD e IBIC. Esta escolha se deve ao fato do referencial teórico aludir à criação do mapeamento conceitual no ano de 1985 permitindo, a partir de então, a realização de diversos estudos na temática em questão.

Após isso, foi realizada uma revisão da literatura para possibilitar de forma sistemática um resumo e sumário de evidências provenientes de estudos primários conduzidos para responder a questão norteadora da pesquisa¹⁷⁴: “*O mapeamento conceitual pode ser utilizado como ferramenta para auxiliar o processo de gestão nos serviços de saúde?*”

A formulação da questão obedeceu ao acrônimo PICo, de Joanna Briggs Institute (JBI)¹⁷⁵, em que o “P” corresponde aos participantes, “I” ao fenômeno de interesse/intervenção e “Co” ao contexto do estudo. Para este estudo, o “P” correspondeu aos servidores públicos da SES/DF que atuavam em processos regulatórios, tanto na gestão quanto nas atividades-meio. O “I”, mapeamento conceitual e sua aplicação; o “Co”, área da saúde, especificamente nas áreas de gestão, planejamento e avaliação.

Como forma de organizar e classificar a busca nas bases de dados, utilizou-se a orientação do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)¹⁷⁶. As bases de dados de escolha foram *Cinahl*, *Web of Science*, *PuBMed* e *Lilacs/MedLine*. A escolha destas bases de dados se deu por publicarem na área da saúde e especificamente a *Lilacs/MedLine* por publicar periódicos latino-americanos, o que nos possibilitou identificar estudos produzidos no Brasil.

A busca foi realizada no mês de abril de 2019 para o rastreamento de estudos publicados no período de janeiro de 2009 a março de 2019, com o objetivo de examinar a literatura mais recente publicada nos últimos dez anos na língua inglesa, espanhola e portuguesa. Os termos utilizados, mediante a combinação (vocabulário controlado), foram “*acesso aos serviços de saúde*”, “*mapeamento conceitual*” e “*saúde pública*” utilizando o operador booleano “AND”.

Utilizou-se como critérios de inclusão, além do período de publicação, artigos originais, em inglês, espanhol e português com texto completo e que abordassem o uso de mapeamento conceitual na área da saúde. Como critérios de exclusão, foram considerados estudos publicados fora do período 2009-2019, revisões sistemáticas, editoriais ou estudos clínicos, textos indisponíveis/incompletos (Tabela 1).

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão da revisão integrativa.

ITEM	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
Data de publicação	Últimos dez anos (2009-2019)	Fora do período 2009-2019
Tipo de publicação	Artigos originais	Revisões sistemáticas ou integrativas de literatura, editoriais, estudos clínicos.
Idioma	Inglês, espanhol e português	Outros idiomas
Disponibilidade do estudo	Texto completo	Estudo indisponível ou apenas parte do texto
Foco de estudo	Uso de mapeamento conceitual na área de saúde	Outras áreas do conhecimento
Cenário	Serviços de saúde	Outros serviços

Fonte: elaboração própria.

Os artigos eleitos para análise foram lidos na íntegra, sendo extraídas as informações considerando as seguintes variáveis: título, autor, ano de publicação, objetivos, tipo de estudo, desenho, referencial teórico de mapeamento conceitual, cenário/contexto, país, amostra, principais achados e limitações apresentadas nos estudos. Após a leitura, foi elaborado o Quadro 4 (APÊNDICE 1) que demonstra o consolidado da revisão com os principais atributos dos artigos.

3.4.2 - 2º Momento: Coleta e Análise dos dados

O segundo momento foi construído com base no aprofundamento das evidências resultantes da revisão da literatura feita no primeiro momento. Este momento foi desenvolvido em duas fases e ocorreu no período de agosto a outubro de 2019.

1ª Fase:

A primeira fase consistiu na elaboração de um instrumento do tipo *Survey on line* disparado por meio da plataforma *Survey Monkey®*, com o objetivo de descrever o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes, bem como analisar os processos de regulação descritos pelos respondentes.

O *Survey on line* apresentava dois blocos de perguntas (APÊNDICE 3). O primeiro bloco era relativo aos dados pessoais (sexo, idade, grau de instrução) e profissionais (profissão, tempo de trabalho na SES/DF, tempo de trabalho na regulação do CRDF, capacitação e área de atuação dentro da regulação).

O segundo bloco era específico sobre o processo de trabalho de acordo com a área de atuação dentro da regulação como internação (leitos gerais e UTI), ambulatorial (consultas e exames), urgências, cirurgias eletivas, transplantes, alta complexidade e gestão. Foram elaboradas 15 questões fechadas e categorizadas nos seguintes temas:

1. Acesso
2. Capacitação/treinamento
3. Compreensão do processo regulatório
4. Estrutura organizacional
5. Instrumento de gestão
6. Judicialização do acesso
7. Motivação
8. Oferta e demanda
9. Política Distrital de Regulação
10. Política Nacional de Regulação
11. Pressões externas
12. Redes de Atenção
13. Recursos Humanos
14. Sistema Informacional
15. Tempo médio de regulação

Todas as questões foram adaptadas para cada área de regulação de modo que pudessem atender à realidade de cada uma delas. As proposições criadas para o julgamento dos participantes foram:

1. Sinto-me motivado(a) em trabalhar com a regulação (área).
2. Tenho conhecimento do que trata a Política Nacional de Regulação (Portaria MS/GM nº 1.559/2008²¹).
3. Tenho conhecimento do que trata a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal (Portaria SES/DF nº 1.388/2018¹¹⁵).

4. Participei de treinamentos/capacitação/educação em serviço quando iniciei meus trabalhos na regulação (área) da SES/DF.
5. O processo de regulação (área) vigente na SES/DF considera os níveis de atenção em rede.
6. A regulação (área) tem se mostrado como um importante instrumento de gestão para a equalização da oferta de serviços e demanda dos usuários na SES/DF.
7. A quantidade de servidores que atuam na regulação (área) é suficiente para atender as demandas geradas pelos processos de trabalho.
8. A judicialização interfere no processo de regulação (área).
9. A estrutura organizacional é adequada ao processo regulatório (área).
10. A oferta de serviços atende à demanda dos usuários da SES/DF.
11. O tempo entre uma solicitação e a sua efetivação sob processo regulatório é oportuno.
12. O processo de regulação otimiza o acesso (área).
13. O sistema informacional utilizado (área) é adequado ao processo de trabalho.
14. Tenho compreensão do processo de regulação do acesso (área) utilizado na SES/DF.
15. Pressões externas influenciam os processos de trabalho relacionados à regulação (área).

Neste bloco, para as respostas, foi utilizada a escala Likert de 0 a 4, de acordo com os termos, conforme o contexto das proposições:

- 0: nunca, não compreendo, não adequado, não atende, desconheço;
- 1: raramente, insuficiente;
- 2: indiferente, às vezes;
- 3: parcialmente, quase sempre;
- 4: totalmente, sempre.

Ainda no mesmo survey, constavam três questões abertas que permitiram a análise de conteúdo realizada na segunda fase deste momento. São elas:

- O que você entende como regulação do acesso (área)?
- Considerando a sua experiência na área de regulação do acesso (área), indique pontos fortes e desafios que poderiam melhorar os processos de trabalho na sua área de atuação na regulação.

- Você gostaria de acrescentar comentário(s) sobre o processo de regulação (área)?

O instrumento (*Survey on line*) foi encaminhado, via e-mail, por meio da plataforma *Survey Monkey*®, aos 579 servidores atuantes na área de regulação da SES/DF, sendo 26 gestores e 553 outros profissionais.

A captação dos e-mails foi feita junto ao setor de pessoal do CRDF, mediante solicitação considerando a documentação oficial de aprovação do comitê de ética para a realização deste estudo.

No primeiro disparo dos e-mails com o convite para a participação e resposta ao *survey* foram estabelecidos 20 dias de prazo, com mensagem de lembrete após 10, 15 e 18 dias.

Decorrido o prazo para a resposta ao *survey*, foram recebidas as respostas de 122 participantes porém, 29 questionários foram descartados, pois as respostas estavam incompletas. Assim, a amostra considerada foi de 93 participantes que preencheram o questionário integralmente, sendo que destes, 26 eram gestores e 67 demais profissionais.

Vale lembrar que antes do disparo do *survey* aos participantes, o mesmo foi submetido à validação de 03 *experts*, sendo 02 da área de regulação, atuantes na gestão federal, e 01 na área de avaliação/docência. Não houve necessidade de ajustes no instrumento, de acordo com os pareceres dados.

2ª Fase:

Esta fase consistiu na aplicação da metodologia proposta por Trochim^{27,32,33,34,35} definida em seis etapas para a elaboração do mapeamento conceitual:

- I. *Brainstorming*/tempestade de ideias sobre o tema: no estudo foram captadas as ideias dos participantes sobre regulação em saúde por meio da pergunta/frase foco (*Focus Prompt*) “**A regulação do acesso aos serviços públicos de saúde...**”, permitindo o complemento com ideias relacionadas ao conceito, fragilidades, potencialidades e desafios.
- II. *Sorting*/seleção: foi realizada a ordenação não estruturada de ideias resultantes do *brainstorming*. No estudo, as ideias captadas dos participantes foram submetidas à análise de conteúdo com auxílio do *software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et*

de *Questionnaires* (IRamuTeQ)^{177,178,179,180} que gerou 05 classes de associação. A partir dessas classes, foram elaborados 25 *Statements/declarações* como base para a próxima etapa.

- III. *Rating/classificação*: tratou-se da análise dos dados agora ordenados e submetidos às técnicas estatísticas multivariadas para criar coordenadas X, Y para cada ideia de modo que um ponto ao representar a ideia fosse posicionado em um espaço bidimensional na forma de um mapa visual. No estudo, os 25 *Statements/declarações* que representavam as ideias captadas no primeiro *survey* foram classificados em grau de importância pelos participantes por meio do segundo *survey*. As respostas foram submetidas ao *software Concept Systems*®¹⁸¹ para a construção do mapeamento conceitual, inicialmente pelo Mapa de Pontos.
- IV. *Análise de clusters/aglomerado*: referiu-se à análise propriamente dita das coordenadas X, Y para a formação dos *clusters* relacionados entre si. No estudo foram gerados os *clusters* resultantes da classificação em grau de importância sobre os temas de regulação representados pelos 25 *Statements/declarações*.
- V. *Interpretação dos mapas*: consistiu em uma análise aprofundada relacionada ao contexto para a definição de possíveis soluções. No estudo correspondeu à análise dos *clusters* à luz do referencial teórico sobre a regulação vigente no DF.
- VI. *Aplicação dos mapas*: consistiu em identificar as ações prioritárias a serem aplicadas no contexto da regulação em saúde no DF.

Tomando como referência a amostra dos 93 participantes que responderam na íntegra ao *survey* da primeira fase, incluindo as questões abertas que foram geradas como forma de coletar as ideias sobre o *Focus Prompt*, esses foram habilitados a prosseguirem no estudo com a participação em um novo *survey*, também via plataforma *Survey Monkey*®. Este segundo *survey* objetivou identificar o nível de importância atribuído (de 1 a 5, sendo 1 menos relevante e 5 mais relevante) pelos participantes às categorias geradas na análise de conteúdo. Após decorrido o prazo de 10 dias a partir do envio, foram consideradas as respostas de 71 participantes, sendo 20 gestores e 51 demais profissionais.

O conteúdo obtido com o segundo *survey* foi processado com o auxílio dos *softwares* IRamuTeQ^{177,178,179,180} (análise do conteúdo do *Brainstorming*) e *Concept*

Systems®¹⁸¹ (construção do mapeamento conceitual), de acordo com as seguintes etapas:

I. Brainstorming

Esta foi a primeira etapa do mapeamento conceitual, segundo Trochim(1989)³⁵, e consistiu na elaboração da pergunta/frase foco (*Focus Prompt*) que funcionou como um disparador rápido para a técnica de *Brainstorming*. No estudo, o *Focus Prompt* definido foi “**A regulação do acesso aos serviços públicos de saúde...**”. No entanto, para que a captação das ideias sobre o tema estivessem relacionadas com os conceitos, características, pontos fortes, fragilidades e desafios da regulação, os participantes receberam três questões abertas que constavam no primeiro *survey*, são elas: “*O que você entende como regulação do acesso aos serviços públicos de saúde?*” e “*Indique pontos fortes e desafios que poderiam melhorar os processos de trabalho na sua área de atuação na regulação*”. Este *survey* pertenceu à primeira fase do segundo momento deste estudo e foram consideradas as respostas de 93 participantes.

Contudo, só foi possível realizar esta etapa utilizando a plataforma *Survey Monkey*® como meio de disparo para o primeiro *survey* com vistas à coleta dos dados junto aos participantes. Isto foi necessário devido à limitação do idioma pelo *software Concept Systems*®¹⁸¹ que não possui versão em língua portuguesa e foi o *software* eleito para análise/processamento dos dados e elaboração do mapeamento conceitual.

As respostas coletadas das questões abertas foram processadas com o auxílio do *software* livre IRamuTeQ^{177,178,179,180}, desenvolvido pelo Laboratoire d'Études et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales da Universidade de Toulouse para análises do discurso e lexicometria, que utiliza funcionalidades ancoradas no ambiente estatístico do *software* R e na linguagem *python*, para auxiliar e complementar a análise de conteúdo.

Este *software*, por ser uma ferramenta de processamento de dados qualitativos e que se configura a partir de material verbal transcrito, permitiu obter diferentes tipos de análise de dados textuais, desde a lematização e o cálculo de frequência de palavras, até análises multivariadas como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), análise de similitude e especificidades, análise fatorial de correspondência, além da Nuvem de Palavras^{177,180}.

A CHD foi gerada a partir da análise do *Corpus* textual que foi formado a partir das ideias apreendidas das respostas dos participantes ao *Focus Prompt*. Ela visou obter classes dos segmentos de textos que, ao mesmo tempo, apresentaram vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes, simultaneamente, calculando distâncias e proximidades a partir de testes Qui-quadrado (χ^2), ou seja, demonstraram as relações existentes entre as classes. Cada classe foi compreendida como um conjunto de palavras que apareceram próximas umas das outras, com a formação de um segmento específico e que apontou pontos centrais do *Corpus* textual, além de se ter compreendido como os termos estavam associados uns aos outros¹⁸⁰.

O teste χ^2 foi um coeficiente estatístico utilizado que identificou a dispersão entre duas variáveis quando os valores que foram observados se distanciaram do esperado. Quanto menor o χ^2 menos as variáveis estavam relacionadas. Considerou-se os valores do $\chi^2 \geq 3,84$ como indicador da associação da palavra à classe, com uma margem de erro $\leq 0,05$ e $p < 0,0001$ para significância estatística¹⁷⁷.

Para obter a CHD, o conteúdo foi transcrito como uma Unidade de Contexto Inicial (UCI) e o conjunto de todas as UCI correspondeu ao *Corpus* textual que foi analisado. A partir das UCI, originaram-se as Unidades de Contexto Elementar (UCE) que foram os segmentos de texto que apresentaram vocabulário semelhante entre si e diferentes das UCE das outras classes.

Assim, a CHD foi resultante de várias UCE e a associação entre elas, classificadas em função dos seus respectivos vocabulários, o que permitiu o agrupamento das palavras estatisticamente significativas^{178,179,180}.

A partir disso, o *software* organizou as palavras em um dendograma que demonstrou a quantidade e composição léxica entre as classes geradas. Contudo, para que uma CHD fosse considerada efetiva e válida sob o ponto de vista estatístico, era necessário que houvesse o aproveitamento de no mínimo 70% dos segmentos de textos¹⁷⁷. No estudo houve um total de 71,68% de aproveitamento. Dessa forma, a obtenção a CHD percorreu três etapas:

- a. Preparação e a codificação do texto inicial: foi a formação do *Corpus* de análise com a transcrição das respostas dos participantes de pesquisa de acordo com a codificação exigida pelo *software*. Ao conferir as respostas das questões abertas dos 93 participantes, observou-se que um apresentou respostas nulas como “nada a declarar, não desejo opinar”, sendo excluídas da amostra. Assim,

foram considerados 92 discursos ou UCI que formaram o *Corpus* textual para a análise;

- b. Classificação Hierárquica Descendente: foi o próprio processamento dos dados visualizado por dendogramas. Das 92 UCI foram derivadas 226 UCE, sendo classificados 162 segmentos de texto, subdivididos em 05 classes, perfazendo um total de 71,68% de aproveitamento;
- c. Interpretação das classes: com os dendogramas gerados foi possível identificar as palavras com maior porcentagem quanto à frequência média entre si e diferente entre elas, as quais foram lidas para compreender e nominar cada classe segundo os objetivos do estudo.

Além do dendograma, foi possível realizar a análise por Nuvem de Palavras, como um agrupamento e organização gráfica das palavras em função da sua frequência. Apesar de ser uma análise lexical mais simples, tornou-se graficamente interessante, na medida em que possibilitou uma rápida identificação das palavras-chave do *Corpus* analisado¹⁷⁷.

Esta modalidade de organização de dados possibilitou identificar as palavras significativas do conteúdo das ideias dos participantes agrupando os dados mais significativos.

II. Ordenação dos Dados (*Sorting*)

Nesta etapa realizou-se a organização das ideias geradas na primeira etapa. As classes obtidas na análise, juntamente com as palavras frequentes em cada classe da CHD e a Nuvem de Palavras, possibilitaram a elaboração de 25 *Statements* (declarações/conceitos) como resultantes das respostas dadas pelos participantes quanto ao *Focus Prompt*. Foram eles:

1. É um serviço que oferece equidade.
2. É uma ferramenta que ordena e otimiza o acesso à saúde para a população.
3. É uma ação que garante melhor transparência aos usuários.
4. É uma forma de qualificar a necessidade da população.
5. É uma ferramenta de acesso para garantir a integralidade.
6. Deve considerar o treinamento das equipes.
7. Deve considerar a capacitação do regulador/médico.
8. Deve entender o momento oportuno do atendimento à solicitação/necessidade.

9. Deve motivar o servidor.
10. Deve ser capaz de melhorar a integração com as centrais.
11. Deve ser capaz de melhorar a escassez de recursos.
12. Deve ser capaz de melhorar a gestão/direção.
13. Deve ser capaz de melhorar o nível de prioridade assistencial.
14. Deve ser capaz de melhorar a demanda existente.
15. Deve ser capaz de melhorar o espaço/construção das centrais.
16. Deve considerar o suporte do leito/unidade/UTI/enfermaria/hospital.
17. Deve considerar o perfil do paciente.
18. Deve considerar a referência da região.
19. Deve considerar o nível de prioridade assistencial.
20. Deve considerar a vaga na rede.
21. Deve considerar o Transporte.
22. É gerenciar a fila de espera (consulta/exame/procedimento/transplante de órgãos).
23. É gerar transparência da informação.
24. É proporcionar controle e monitoramento.
25. É melhorar a qualificação da informação.

Estes *Statements*/declarações, representando as ideias consolidadas e extraídas da etapa de *Brainstorming*, foram disparados aos mesmos 93 participantes, como um novo (segundo) *survey*, via e-mail, também por meio da plataforma *Survey Monkey*® para que fossem avaliados quanto ao grau de importância.

III. Classificação e Análise dos Dados (*Rating*)

Nesta etapa os participantes da pesquisa classificaram os 25 *Statements*/declarações por ordem de importância ou prioridade. Dos 93 participantes habilitados no primeiro *survey*, 71 devolveram respostas completas ao segundo *survey* referente a esta etapa. Para otimizar a classificação, foi utilizada a Escala Likert de 6 pontos, na qual o valor 1 correspondeu ao conceito “extremamente importante/relevante” e o valor 6 correspondeu ao conceito “pouco importante/relevante”.

A partir deste ponto, os dados obtidos dos 71 participantes foram inseridos manualmente no *software Concept Systems*^{®181}, versão *off-line*, para que fosse feita a análise multivariada dos dados e subsequente geração do mapa conceitual.

Inicialmente todos os 71 participantes foram codificados (*Username*) REG1, REG2, REG3...REG71. Todos os 25 *Statements/declarações* foram traduzidos para a língua inglesa e inseridos no sistema juntamente com os resultados individuais da classificação de importância de cada *Statement/declaração*.

IV. Análise de *Clusters*

A quarta etapa foi a criação da *interface* do Mapa de Pontos. Cada *Statement/declaração* foi considerado um ponto. Cada ponto se relacionou com outro gerando uma relação de significados. Para isso, o sistema gerou durante a análise dos dados, um ponto de corte de similaridade, o que filtrou as relações entre os *Statements/declarações* considerados ilegítimos.

Ao executar a análise, foi fornecido um valor de *stress* (tensão) que representou as interações entre o número de filtros empregados e o ponto de corte de similaridade. Este valor de *stress* (tensão) foi a métrica para indicar o grau em uma escala multidimensional adequada para a matriz de similaridade original.

A análise de cada ponto mostrou como cada *Statements/declarações* foi classificado e comparado com outros *Statements/declarações* dos participantes, ou seja, a análise mostrou o significado por trás dos dados, baseada em função da localização dos pontos em relação a outros e os temas que puderam emergir.

A técnica estatística usada para classificar conceitos em grupos se deu pelos *Clusters* de forma que os conceitos dentro de um mesmo *cluster* eram aqueles muito parecidos, e os conceitos em diferentes *clusters* eram distintos entre si.

Os pontos foram agrupados em áreas específicas de um Mapa de *Cluster* que distribuiu as ideias em diferentes *clusters* representando diferentes temas para então, atuarem como pontes conceituais entre as grandes ideias.

Para definir a semelhança ou diferença entre os conceitos, o *software* utiliza a função de distância, definida considerando o contexto dos processos regulatórios analisados das diversas áreas de regulação consideradas.

A análise de *Clusters* gerou o Mapeamento Conceitual, representado por *clusters* construídos com base no Mapa de Pontos, demonstrando como os *Statements/declarações*, ilustrados por pontos, estavam relacionados entre si. O

Mapa de *Clusters* representou como áreas e temas diferentes apresentam uma convergência conceitual.

V. Interpretação dos Mapas

Nesta etapa foram gerados os mapas os quais foram analisados e confrontados com o referencial teórico sobre a regulação em saúde no DF, a fim de encontrar respostas à questão norteadora deste estudo, que tem como foco a análise dos processos regulatórios sob a ótica do mapeamento conceitual.

A estrutura conceitual e o resultado do processo de mapeamento conceitual foram constituídos apontando os caminhos ou ações prioritárias como possíveis soluções aos pontos de estrangulamento identificados no estudo, com vistas à melhoria da gestão dos processos regulatórios vigentes os quais foram o foco na análise.

A estrutura apresentada possibilitou a compreensão das questões principais representadas por pontos no mapa gerado na análise de todo o processo de regulação em saúde considerado.

VI. Aplicação do Mapa Conceitual

Realizou-se nesta etapa o confronto analítico entre o que foi apontado na geração dos mapas e a realidade encontrada nos processos regulatórios. Forneceu-se assim, a fundamentação (conceitual) e o caminho para empregar esforços na busca das melhorias para a avaliação das ações em curso e o seu planejamento, colocando em evidência os pontos que devem ser priorizados e a relação entre eles dentro do processo de regulação vigente no CRDF.

4. RESULTADOS

De acordo com o percurso metodológico realizado no estudo e para uma melhor compreensão, os resultados serão apresentados conforme os momentos da pesquisa, sendo o primeiro relativo ao levantamento documental e bibliográfico e o segundo em relação à coleta dos dados empíricos, com conseqüente construção propriamente dita do mapeamento conceitual dos processo de regulação em saúde na SES/DF.

4.1 - 1º MOMENTO: LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO E DOCUMENTAL

Considerando a busca realizada na base de dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD)/ Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT) para o entendimento sobre o estado da arte sobre a aplicação de mapeamento conceitual na área da saúde no Brasil, foram identificados 1.222 estudos, entre teses e dissertações de livre acesso publicados no período de 1985 a 2016. Destes, 1.212 não foram considerados, pois não se referiam à área da saúde.

As áreas envolvidas mais encontradas foram educação, geografia, química, física, administração, biologia, engenharias, matemática e ciência da informação.

Após a leitura dos resumos dos 10 trabalhos restantes, 08 foram excluídos por não aplicarem o mapeamento conceitual como ferramenta de gestão ou de avaliação ou de planejamento, apesar de serem referentes à área da saúde.

Por fim, apenas 02 estudos – 1 tese de doutorado e 1 dissertação de mestrado – contemplaram os critérios de inclusão, ou seja, citaram a aplicação do mapeamento conceitual como ferramenta de gestão ou de avaliação ou de planejamento na área de saúde, especificamente na Enfermagem, sendo descritos no Quadro 5.

Quadro 5. Produção encontrada na BDTD/IBICT sobre a aplicação mapeamento na área de saúde, Brasil, 2017.

AUTOR/ INSTITUIÇÃO/ ANO	TÍTULO/ GRAU DE DEFESA	ÁREA DA SAÚDE/ OBJETO DE ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS
Pina-Oliveira AA. Universidade de São Paulo, 2014.	Avaliação translacional de extensão em núcleos acadêmicos (ATENA): estudo de casos múltiplos sobre a promoção do desenvolvimento infantil.	Enfermagem (Cuidados em Saúde)/ 1. Identificar a incorporação dos conteúdos inovadores relacionados à Promoção do Desenvolvimento Infantil no ensino, na pesquisa e na extensão; 2. Elaborar mapas conceituais	Destacaram-se as mudanças ocorridas nos seguintes cursos de graduação: Enfermagem passa de incipiente (75%) para relevante (87,5%) e Psicologia de ausente (87,5%) para relevante (75%); Terapia Ocupacional de ausente (75%) para relevante (75%). Houve a criação de duas disciplinas nos currículos de Pedagogia e Psicologia. Os mapas conceituais ilustraram o processo de TC ocorrido nas três IES e contribuíram para a elaboração do modelo teórico de ATENA composto por 12 indicadores de extensão inovadora.

AUTOR/ INSTITUIÇÃO/ ANO	TÍTULO/ GRAU DE DEFESA	ÁREA DA SAÚDE/ OBJETO DE ESTUDO	PRINCIPAIS RESULTADOS
	Tese de Doutorado.	para a síntese do processo translacional do conhecimento (TC) ocorrido em cursos de graduação de saúde e de educação; 3. Propor indicadores de extensão inovadora; 4. Construir um modelo de avaliação fundamentado no processo de TC.	
Oliveira LB. Universidade de São Paulo, 2014	Efetividade das estratégias de ensino para o desenvolvimento do pensamento crítico em estudantes de graduação em enfermagem: revisão sistemática e metanálise. Dissertação de Mestrado	Enfermagem (Saúde do Adulto) - Identificar as estratégias de ensino utilizadas e testadas nos cursos de graduação em Enfermagem para desenvolver o pensamento crítico (PC); - Avaliar as evidências disponíveis na literatura sobre a efetividade das estratégias de ensino utilizadas para o desenvolvimento do PC em estudantes de graduação em Enfermagem.	Na metanálise dos quatro estudos incluídos na revisão sistemática que utilizaram a estratégia do Problem Based Learning (PBL) comparada a palestras foi demonstrada a efetividade do PBL, estatisticamente significativa (SMD=0,21 e 95%IC=0,01-0,42; p=0,0434) para o desenvolvimento do PC em estudantes de graduação em Enfermagem e os estudos demonstraram ser homogêneos (Qui quadrado=6,10, p=0,1068). Na metanálise dos três estudos que testaram o mapa conceitual, não foi demonstrada efetividade estatisticamente significativa (SMD=-0,53; 95%IC -0,79- -0,28; p<0,0001) para o PC em estudantes de graduação em Enfermagem e os estudos se mostraram heterogêneos (Qui quadrado=10,82, p=0,0044). Para as outras estratégias, os resultados são inconsistentes e a amostra é pequena para se chegar a conclusões mais fidedignas. Na síntese, a RS da literatura com metanálise demonstrou a efetividade do PBL no aumento dos scores de PC global a partir de estudos homogêneos. Novos estudos precisam ser feitos com o objetivo de desenvolver, implementar e avaliar novas estratégias de ensino, bem como para testar as estratégias existentes para o desenvolvimento do PC em estudantes de graduação em Enfermagem, que sejam pautados em alto rigor metodológico e amparados em modelos teóricos de ensino-aprendizagem.

Fonte: elaboração própria

O estudo de Pina-Oliveira (2014)¹⁸² permitiu a construção do modelo de avaliação de extensão e a proposição de indicadores qualitativos para a pesquisa que foi realizada na área de Educação em Enfermagem, tornando-se, de fato, uma ferramenta avaliativa.

Já o estudo de Oliveira (2014)¹⁸³, demonstrou insignificância estatística em relação ao desenvolvimento de pensamento crítico e às metodologias de ensino-aprendizagem, talvez por um número pequeno de amostras no estudo.

Em ambos estudos, observou-se o uso do termo “mapeamento conceitual” como sinônimo de “mapa conceitual”, aproximando-se da lógica aportada em Novak e Gowin^{162,165}

Em relação à revisão integrativa, a busca nas bases de dados, seguindo a recomendação PRISMA (2009)¹⁷⁶, resultou em 430 publicações, sendo 92 encontrados na *Cinahl*, 81 na *Web of Science*, 203 na *PubMed* e 54 na *Lilacs/MedLine*. Destes, 127 estavam duplicados, selecionando-se 307 estudos, incluindo 04 resultantes de busca manual. Após leitura de título e resumo, a amostra selecionada para análise resultou em 23 publicações, no entanto, 05 não estavam disponíveis nas bases apesar de constar a informação de disponibilidade e 03 foram excluídos por se tratarem de revisões de literatura. Por fim, foram selecionados 15 artigos que contemplavam os critérios de inclusão e exclusão, conforme a Figura 13.

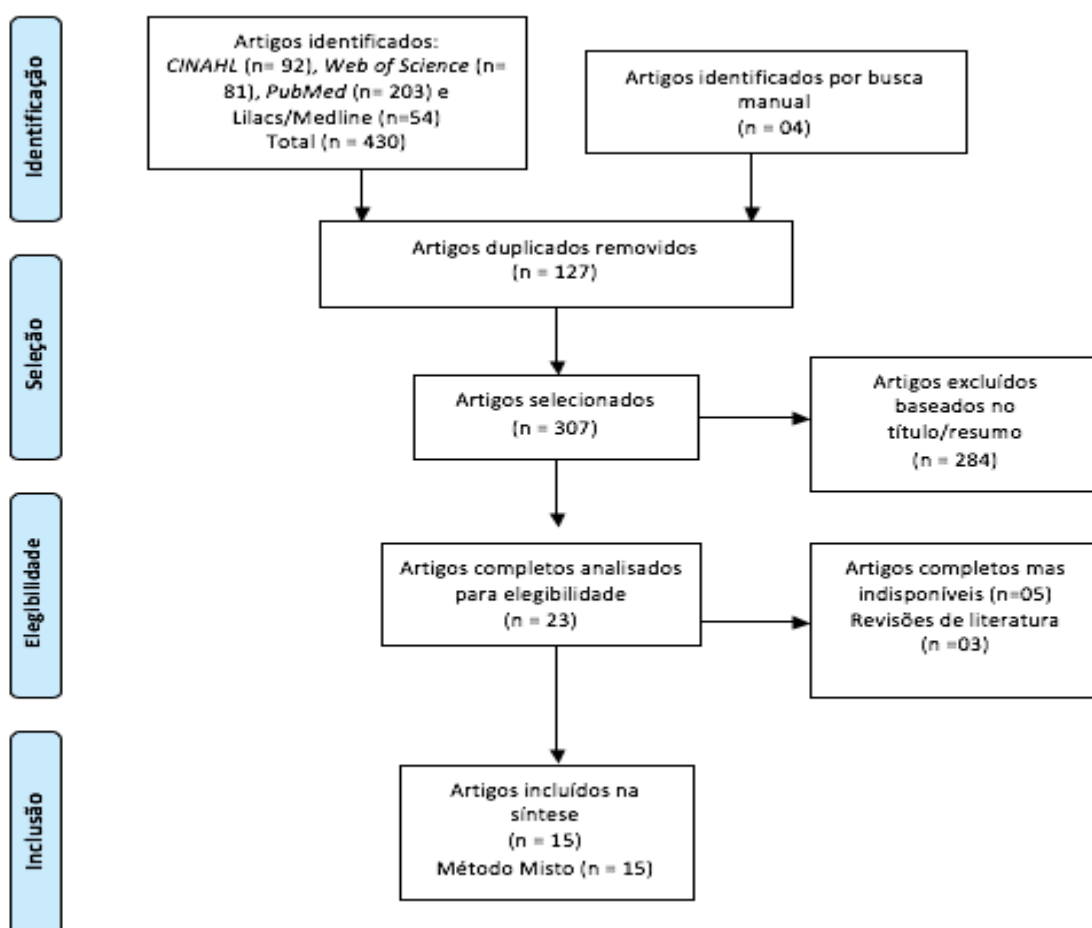


Figura 13. Artigos selecionados seguindo a recomendação PRISMA (2009).

O Quadro 4 (APÊNDICE 1) permitiu obter uma visão geral sobre o tema abordado e uma análise aprofundada relacionada ao referencial teórico adotado. Foi

possível relacionar os estudos com a questão de pesquisa objetivando respondê-la, já que os estudos apresentaram a aplicação do mapeamento conceitual em diversos contextos, considerados complexos, tendo como resultado final a melhoria do acesso aos serviços de saúde e, portanto, uma maior compreensão do mapeamento conceitual como ferramenta utilizada na gestão em saúde.

Todos os artigos adotaram o referencial teórico de Trochim^{27,32,33,34,35} para o uso de mapeamento conceitual na área da saúde e todos utilizaram as seis etapas exigidas, ainda que adaptadas, para a elaboração de mapas conceituais propostas pelo mesmo referencial.

Entretanto, o estudo de Bradbury-Jones *et al.*⁴⁰, apesar de ter utilizado as seis etapas preconizadas por Trochim^{27,32,33,34,35}, realizou uma adaptação ao contexto de pesquisa, pois em vez de ver os mapas conceituais como um produto, viram o processo de mapeamento conceitual como um veículo para discussão entre os sujeitos de pesquisa, aprofundando ainda mais a análise qualitativa.

Quanto ao tipo de estudo, todos se apresentaram como descritivo e exploratório, utilizando métodos mistos em suas abordagens. A linha qualitativa de pesquisa adotada abrangeu, basicamente, a coleta de dados por meio do *brainstorming*, análise e classificação das declarações dos participantes, segundo Trochim^{27,32,33,34,35}, seguidos de análise de conteúdo em 08 dos 15 estudos analisados.

Os estudos de Goicolea *et al.*³⁹, Willging *et al.*¹⁷², Bradbury-Jones *et al.*⁴⁰ e Guichard *et al.*¹⁸⁴ utilizaram também análise documental, entrevistas semi-estruturadas e grupos focais como fonte de dados. Este último estudo empregou, ainda, uma ferramenta própria para a coleta de dados como processo de validação da mesma. Na linha quantitativa, 11 estudos utilizaram a escala Likert, sendo a maioria com variação de 0 a 5 pontos; todos utilizaram análise estatística multivariada para a análise dos dados.

Em relação ao processo de análise de dados, 13 estudos utilizaram o *software Concept Systems*®¹⁸¹, que é um sistema *on-line* desenvolvido pela Concept Systems Global para coleta e análise de dados subsidiando pesquisadores e profissionais de educação superior, saúde pública, medicina e saúde, enfermagem, controle do tabaco, pesquisa sobre câncer, prevenção da violência, suicídio. prevenção, desenvolvimento de jovens, construção de comunidades, apoio familiar, desenvolvimento de escala, psicologia e bem-estar social, para criar mapas

conceituais para apoiar o planejamento estratégico, avaliação de necessidades, avaliação e pesquisa¹⁸⁵. Porém, os estudos de Kuunders *et al.*¹⁸⁶ e Guichard *et al.*¹⁸⁴ adotaram outros *softwares* para a análise dos dados, sem afetar as etapas exigidas para o mapeamento conceitual, segundo Trochim^{27,32,33,34,35}.

Observa-se que os anos de 2011, 2017 e 2018 apresentaram maior número de estudos publicados, sendo o ano de 2017 apresentou 04 publicações sobre o tema e os anos 2011 e 2018, 03 publicações cada.

Entre os países, estão Canadá e Estados Unidos com 04 publicações, seguidos de México, França, Reino Unido, Austrália, Holanda, Espanha e Suécia; cada um com uma publicação. Não houve identificação de nenhum estudo realizado ou publicado no Brasil.

Quanto ao cenário ou contexto de aplicabilidade do mapeamento conceitual, a área da saúde da mulher se destaca com 04 publicações, seguidas da área da promoção da saúde e gestão da saúde pública com 02 publicações cada.

As áreas de saúde mental, saúde do idoso, prevenção de doenças crônicas, nutrição, saúde rural, seguro de saúde e políticas públicas de saúde apresentaram 01 publicação cada.

O perfil de amostra demonstrado nos estudos contemplou diversas categorias como especialistas em saúde, profissionais da saúde em várias áreas, *Stakeholders*, gestores, formuladores de políticas públicas de saúde, pesquisadores, usuários dos serviços de saúde e representantes de classes sociais.

A quantidade de participantes por estudo também obedeceu ao preconizado por Trochim^{27,32,33,34,35} para o mapeamento conceitual, que sugere até 100 participantes por projeto.

Porém, apenas o estudo de Anderson & Slonim³⁷, utilizou uma amostra de 211 *Stakeholders*, pois objetivou identificar as perspectivas e estratégias para otimizar a política pública de saúde mental vigente.

Considerando a base conceitual de acesso em saúde^{138,141}, 02 estudos utilizaram o mapeamento conceitual para desenvolverem/validarem ferramenta para promoção e equidade na saúde; 13 estudos tiveram como foco a identificação de barreiras que impedem o acesso aos serviços de saúde ou em ações que otimizam o acesso e como melhorá-lo, além da busca pelo aprimoramento de políticas públicas de saúde.

4.2 2º MOMENTO: COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

4.2.1 O Mapeamento Conceitual da regulação do acesso dos serviços públicos de saúde no DF

Esta seção representa os resultados do segundo momento do estudo para a construção propriamente dita do mapeamento conceitual da regulação. Considerando os resultados obtidos com o auxílio do *software* IramuTeQ^{177,178,179,180}, a CHD final de acordo com a análise do conteúdo das questões abertas adaptadas do *Focus Prompt* gerou 92 Unidades de Contexto Inicial (UCI) que representa o *Corpus* textual.

Destas, foram derivadas 226 Unidades de Contexto Elementar (UCE) que foram os segmentos de texto com vocabulário semelhante entre si e diferentes das UCE das outras classes. A partir daí, foram classificados 162 segmentos de texto, subdivididos em 05 classes, perfazendo um total de 71,68% de aproveitamento, demonstrando o agrupamento das palavras estatisticamente significativas^{173,179,180}, conforme o Dendograma apresentado na Figura 14.



Figura 14. Dendograma por classes e palavras com maior qui-quadrado (χ^2) fornecido pelo *software* IramuTeQ – Brasília, Brasil, 2019.

Neste Dendograma, o *Corpus* textual foi dividido em dois *Subcorpus*. No primeiro, obteve-se a Classe 5 com 38 UCE, que correspondeu a 23,5% do total.

Neste mesmo *subcorpus* houve uma segunda subdivisão, que englobou a Classe 3 com 37 UCE e a Classe 1 com 24 UCE, sendo 22,8% referente à Classe 3 e 14,8% à Classe 1 do total das UCE.

Do outro *subcorpus*, obteve-se a Classe 2, com 24 UCE, que correspondeu a 16,7% das UCE, e a Classe 4, constituída de 36 UCE, e que concentrou 22,2% das UCE do *Corpus* total. Para cada classe foi computada uma lista de palavras com maior frequência a partir do teste χ^2 . Após a leitura minuciosa e exaustiva de todas as palavras que compõem as classes, estas foram nominadas de modo a identificá-las quanto à representatividade do tema central deste estudo. Assim, cada classe passou a se chamar:

- *Classe 1* - Conceitos de regulação;
- *Classe 2* - Desafios da regulação;
- *Classe 3* - Dificuldades da regulação;
- *Classe 4* - Processo regulatório;
- *Classe 5* - Objetivos da regulação.

As classes geradas demonstraram as palavras com maior significância estatística por apresentarem $\chi^2 \geq 3,84$ como indicador da associação da palavra à classe, com uma margem de erro $\leq 0,05$ e $p < 0,0001$, conforme a Tabela 2, garantindo a validade de cada classe apresentada.

Tabela 2. Classificação Hierárquica Descendente sobre a Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal, Brasil, 2019

Classe	Identificação	UCE (%)	Palavras associadas ($\chi^2 \geq 3,84$ e $p < 0,0001$)
1	Conceitos de Regulação	24 (14,8)	serviço (27,6), equidade (26,7), oferecer (23,5), saúde (21,2), acesso (21,1), ferramenta (20,3), integralidade (17,5), ordenar (17,5), otimizar (17,3), forma (15,6), qualificar (15,1).
2	Desafios da Regulação	27 (16,7)	momento (31,1), regulador (26,7), treinamento (20,5), entender (20,5), equipa (20,3), maior (20,0), servidor (16,2).
3	Dificuldades da Regulação	37 (22,8)	capaz (21,0), regulação (19,4), nível (16,6), escassez (13,8), prioridade (11,5).
4	Processo regulatório	36 (22,2)	leito (70,3), uti (53,6), unidade (25,7), paciente (18,4), enfermaria (17,0), criação (17,0), perfil (17,0)
5	Objetivos da Regulação	38 (23,5)	órgão (33,5), consulta (31,1), procedimento (31,1), esperar (27,46), transplante (22,3), listar (16,8), gerenciar (16,8), fila (15,7).

Outra forma visual que identificou os principais pontos de convergência citados pelos participantes quanto à descrição de suas percepções acerca da regulação do acesso aos serviços públicos de saúde foi a Nuvem de Palavras (Figura 15) gerada com o auxílio do *software* IRamuTeQ^{177,178,179,180}.

A Nuvem de Palavras agrupa e organiza as palavras graficamente em função da sua frequência. Assim, as palavras mais frequentes foram “regulação”, “serviço”, “saúde”, “processo”, “acesso”, “sistema”, “demanda”, “oferta”, “leito”, “rede”, “necessidade”, “recurso”, “equidade”, entre outras.

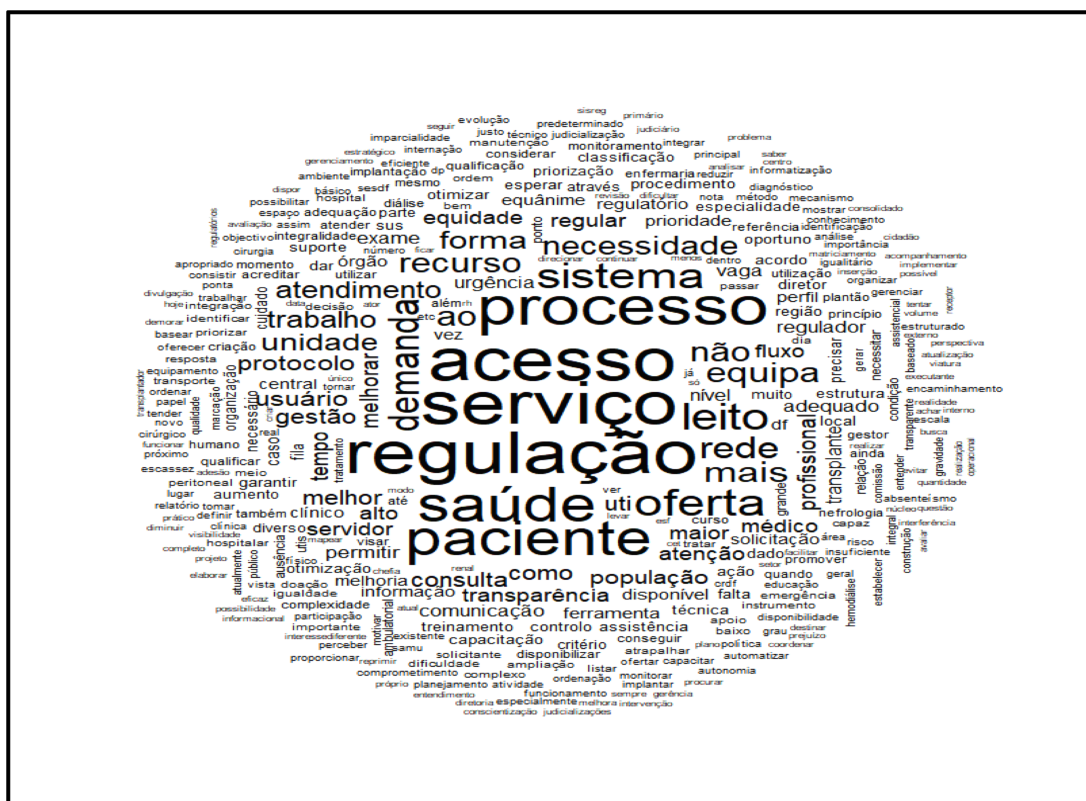


Figura 15. Nuvem de Palavras obtida pelo *software* IRamuTeQ sobre a regulação do acesso aos serviços públicos de saúde – Brasília, Brasil, 2019.

Neste sentido, este agrupamento e a organização das palavras por frequência ratificou a CHD possibilitando avançar rumo à formulação dos conceitos (*Statements*) necessários ao sequenciamento do estudo.

Quanto ao processamento dos dados pelo *software* Concept Systems®¹⁸¹, inicialmente foi gerado o Mapa de Pontos, de acordo com a análise multivariada, a partir da matriz de similaridade, resultante do agrupamento realizado nas etapas de *Sorting* e *Rating*, descritas adiante, representando o conjunto de *Statements/declarações* gerados pelos participantes. Nesse mapa, cada um dos

Statements/declarações foi plotado em um plano XY, com seus respectivos números de identificação.

Cada ponto gerado representou cada um dos 25 *Statements/declarações* classificados pelos participantes nas etapas de *Sorting* e *Rating* e representados na Figura 16, na forma de um Mapa de Pontos

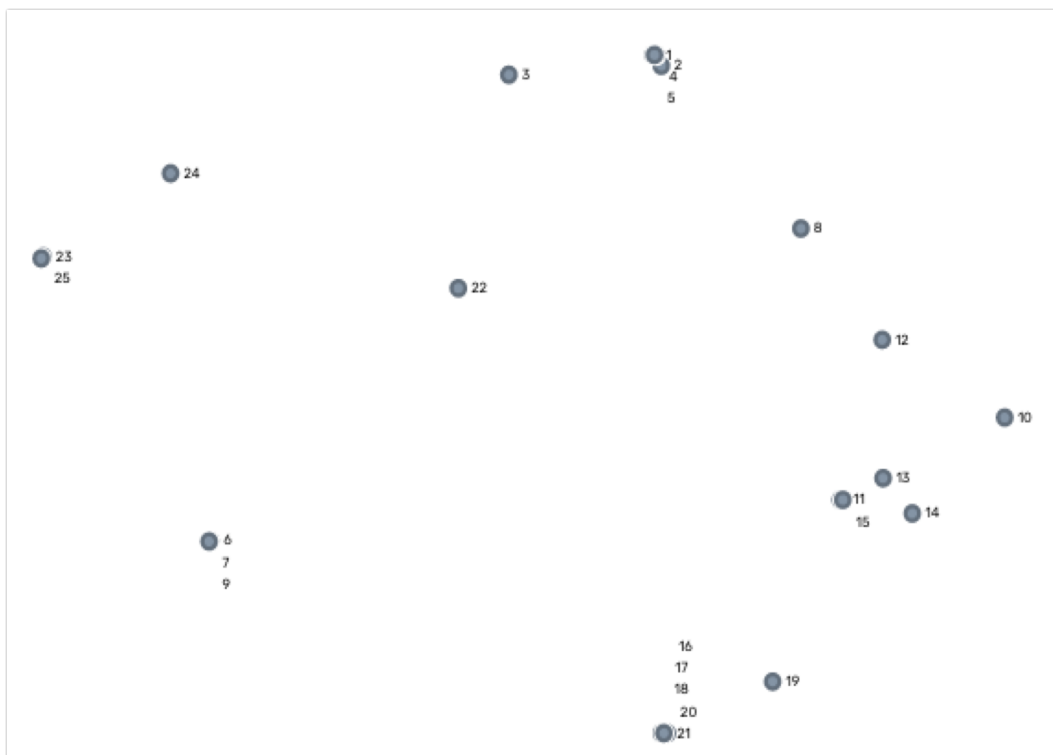


Figura 16. Mapa de Pontos gerado pelo *software* Concept Systems® representando a percepção conceitual sobre a regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal, Brasil, 2019.

Os pontos muito próximos significam uma média de classificação dos *Statements/declarações* ocorrida mais frequentemente do que outros pontos que se mostram distantes. Os pontos mais distantes significam que não foram classificados pelos participantes frequentemente juntos, porém há uma interação entre eles.

Em relação ao valor de tensão (*stress*) do Mapa de Pontos, quanto menor o valor de *stress* encontrado, menos ponto de corte de similaridade será empregado, o que indica condições ideais e suficientes para a interpretabilidade dos dados. Normalmente, o valor de *stress* varia de 0.1 a 0.35 e o mapa resultante dentro desta faixa é prontamente interpretado como indicador para o prosseguimento da análise. Neste estudo o valor de *stress* encontrado foi de 0.2422 diante de 12 interações resultantes da classificação dos 25 *Statements/declarações*.

A análise hierárquica de *Clusters* foi o segundo processamento conduzido para representar o domínio conceitual no mapeamento, no qual os *Statements*/declarações formaram o Mapa de *Clusters* que, presumivelmente, reflete conceitos similares, conforme ilustrado na Figura 17, resultando no Mapeamento Conceitual proposto neste estudo. Os *Clusters* representam a proximidade do tema dos discursos dos participantes, pois quanto mais próximos, mais parecido é o assunto tratado.

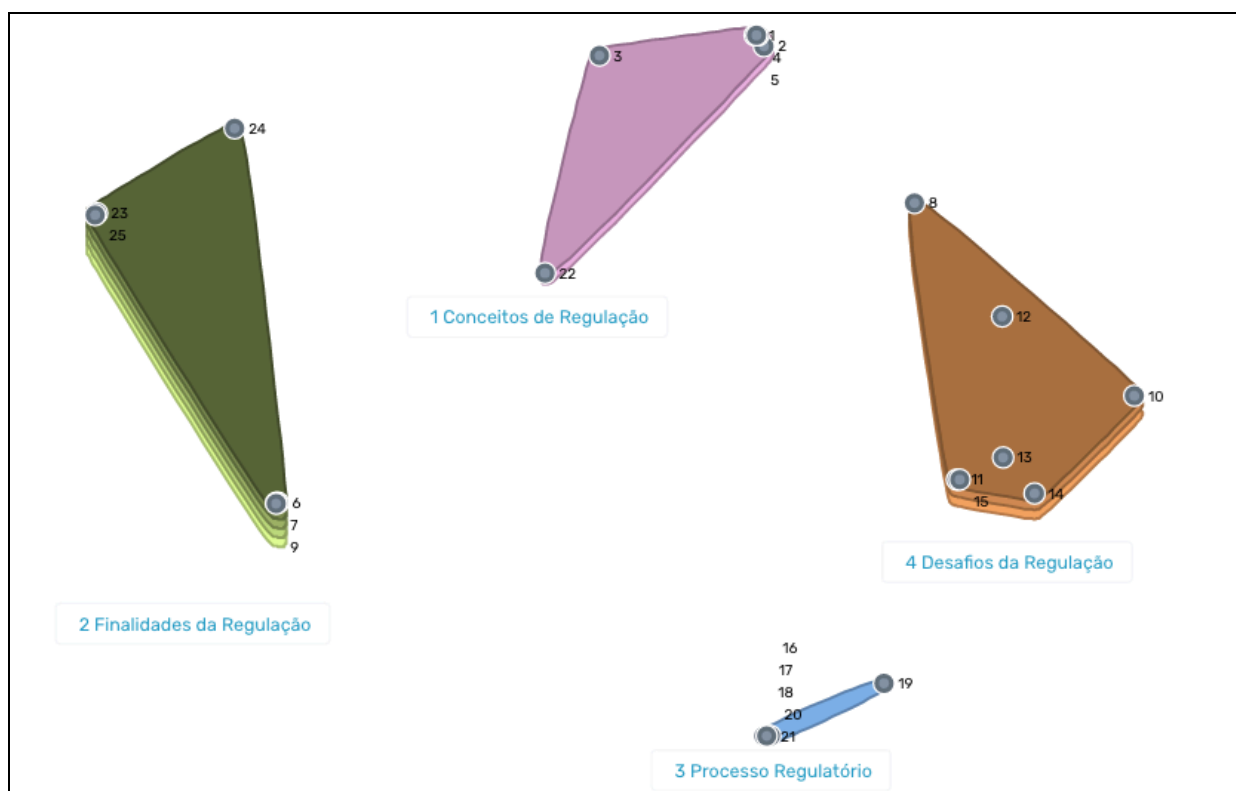


Figura 17. Mapeamento Conceitual sobre a regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal gerado pelo *software* Concept Systems®, Brasil, 2019.

Cada *cluster* foi nominado de acordo com a predominância dos *Statements*/declarações em cada um, de modo a identificá-lo pelo tema que mais os representa, são eles:

▪ **Cluster 1 - Conceitos de Regulação:**

1. É um serviço que oferece equidade.
2. É uma ferramenta que ordena e otimiza o acesso à saúde para a população.
3. É uma ação que garante melhor transparência aos usuários.
4. É uma forma de qualificar a necessidade da população.
5. É uma ferramenta de acesso para garantir a integralidade.

22. É gerenciar a fila de espera (consulta/exame/procedimento/transplante de órgãos).
- **Cluster 2 - Finalidades da Regulação:**
 - 6. Deve considerar o treinamento das equipes.
 - 7. Deve considerar a capacitação do regulador/médico.
 - 9. Deve motivar o servidor.
 - 23. É gerar transparência da informação.
 - 24. É proporcionar controle e monitoramento.
 - 25. É melhorar a qualificação da informação.
 - **Cluster 3 - Processo Regulatório:**
 - 16. Deve considerar o suporte do leito/unidade/UTI/enfermaria/hospital.
 - 17. Deve considerar o perfil do paciente.
 - 18. Deve considerar a referência da região.
 - 19. Deve considerar o nível de prioridade assistencial.
 - 20. Deve considerar a vaga na rede.
 - 21. Deve considerar o transporte.
 - **Cluster 4 - Desafios da Regulação:**
 - 8. Deve entender o momento oportuno do atendimento à solicitação/necessidade.
 - 10. Deve ser capaz de melhorar a integração com as centrais.
 - 11. Deve ser capaz de melhorar a escassez de recursos.
 - 12. Deve ser capaz de melhorar a gestão/direção.
 - 13. Deve ser capaz de melhorar o nível de prioridade assistencial.
 - 14. Deve ser capaz de melhorar a demanda existente.
 - 15. Deve ser capaz de melhorar o espaço/construção das centrais.

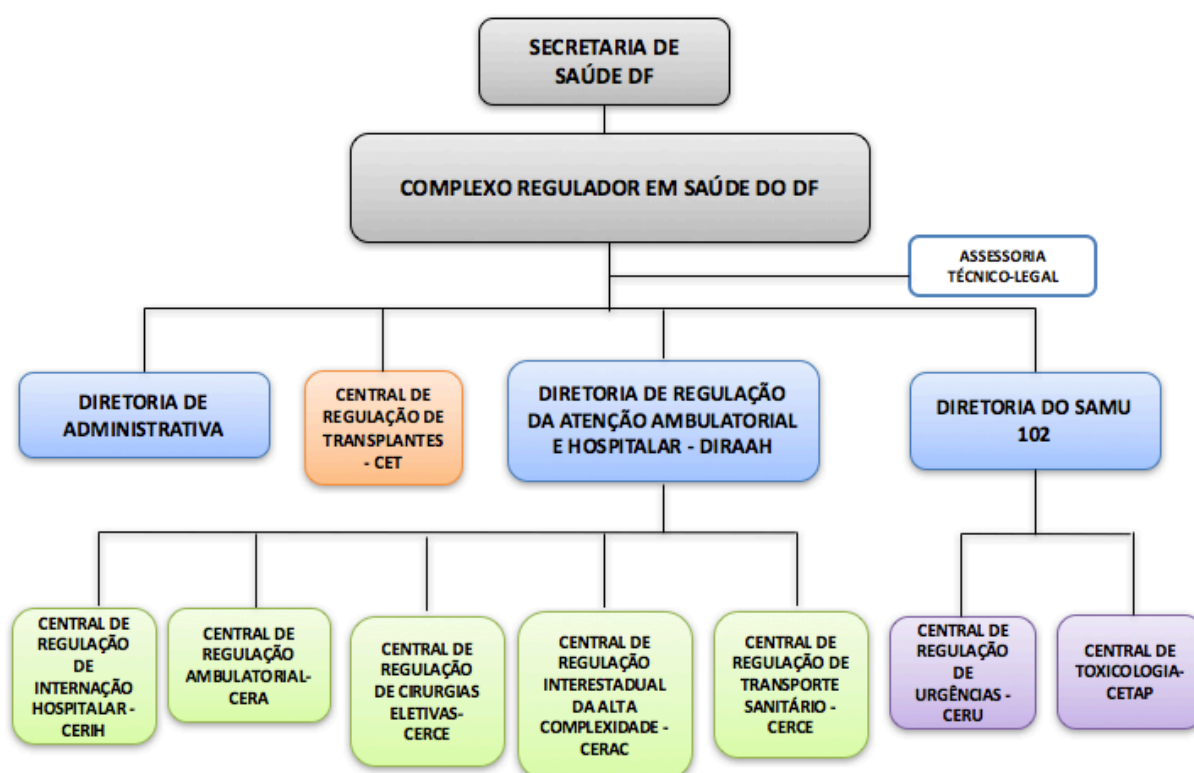
Os valores de ponte encontrados em cada *Cluster* refletem a ancoragem dos *Statements/declarações* e a relação entre eles variou de 0 a 1. O *Cluster 1* apresentou um valor de ponte 0,33, *Cluster 2*, 0,83; *Cluster 3*, 0,07 e *Cluster 4*, 0,37. Quanto menor o valor, mais próxima a relação entre os *Statements/declarações* colocando em evidência que as ideias ou conceitos citados pelos participantes se aproximam de forma significativa. Observa-se ainda, que quanto maior número de camadas contidas em um cluster, mais alto será o valor de ponte agregando ainda mais as ideias.

Em relação ao grau de importância de cada *Cluster*, os valores foram representados pela altura média de suas camadas. Assim, o grau de importância do *Cluster 1* foi de 2,81; *Cluster 2* - 2,69; *Cluster 3* - 3,50 e *Cluster 4* - 3,29, representando valor dos *Statements*/declarações dado pelos participantes. Ou seja, todas as classificações feitas pelos participantes foram médias para um ponto, e em seguida, todos os pontos foram unidos pela média entre eles para obter o *cluster*. Os valores encontrados foram lidos como relativamente menos ou mais importantes. Quanto maior foi o número de camadas ou *layers*, maior o grau e mais importante é o grupo.

4.3 CONTEXTO DO ESTUDO – COMPLEXO REGULADOR EM SAÚDE DO DF

Após a reestruturação organizacional em 2017, o CRDF assumiu a premissa de coordenar todo o processo de regulação do acesso aos serviços de saúde na SES/DF, sejam eles próprios, contratados ou conveniados, além de agregar todas as centrais de regulação sob comando único.

Atualmente, o CRDF para absorver todas as demandas por serviços com o dever de qualificá-las, apresenta a seguinte estrutura demonstrada na Figura 18:



Fonte: Elaboração própria.

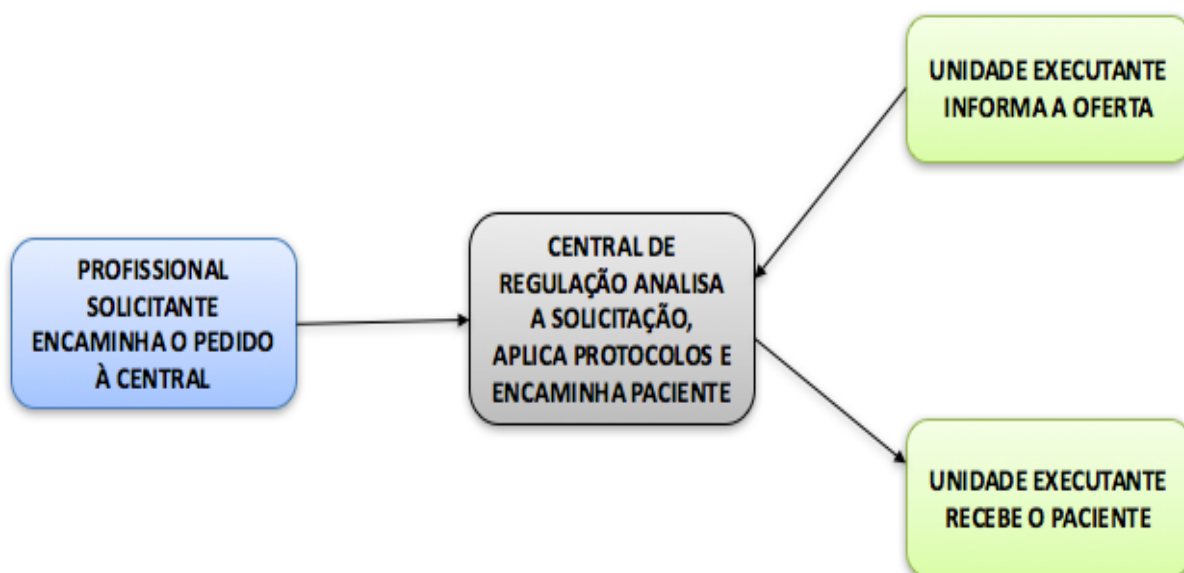
Figura 18. Organograma simplificado do Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, 2020

O organograma completo que demonstra a estrutura do CRDF inserida no organograma da SES/DF está contido nos ANEXOS B e C.

Ao considerar todos os processos regulatórios das áreas específicas, levantou-se um questionamento sobre a gestão dos mesmos e como fornecer melhorias, haja vista a complexidade das relações e interações envolvidas.

Dessa forma, este estudo buscou o aprofundamento teórico sobre ferramentas potenciais para otimizar não só a gestão dos processos vigentes, sob o ponto de vista técnico, mas também dar uma nova ótica ao sistema, numa lógica mais inclusiva e e mais participativa diante de toda a dinamicidade apresentada pela regulação.

De modo geral, os processos regulatórios, independente da área, apresentam um mesmo fluxo operacional, como ilustra a Figura 19:



Fonte: Elaboração própria.

Figura 19. Fluxo operacional básico de um processo regulatório em saúde, 2020.

Entretanto, apesar da aparente simplicidade, para que este fluxo operacional seja efetivo é preciso considerar todas as tecnologias envolvidas, quais sejam leves, duras e leves-duras, pois é nessa inter-relação e interação dos processos que se percebem as fragilidades e também as potencialidades do sistema.

4.4 PERFIL DOS PARTICIPANTES/ AMOSTRA

O primeiro bloco de perguntas do primeiro *Survey on line* teve como objetivo captar os dados para o levantamento do perfil sociodemográfico da amostra.

Foram consideradas as respostas de 93 servidores atuantes no CRDF, sendo 26 (27,9%) gestores e 67 (72,0%) outros profissionais. Do total, 50,5% são enfermeiros, 33,3% médicos e 16,1% outros profissionais.

A predominância foi do sexo feminino (60,2%) e a faixa etária mais observada foi entre 35 a 45 anos (22,5%).

Em relação ao tempo de serviço na SES/DF, a maioria tem entre 5 a 10 anos (30,1%), seguidos de 10 a 15 anos (24,7%).

Quanto ao tempo de serviço na área de regulação, a maioria (31,1%) acumula entre 5 a 10 anos e 27,96% com menos de 1 ano.

A formação profissional percebida demonstrou que 78,4% dos participantes possuem especialização (pós-graduação *lato sensu*), porém apenas 18,2% destes possuem tal formação na área da regulação em saúde, sendo que 51,6% referiram não ter passado por nenhum treinamento/capacitação em saúde na área da regulação.

As áreas de atuação da regulação consideradas para este estudo foram Ambulatorial (consultas, exames e/ou procedimentos), Cirurgias Eletivas, Gestão da Regulação, Internação (Leitos de UCIN, Leitos de UTI e Leitos Gerais), Transplantes e Urgências. A Gestão da Regulação predominou com 27,9% de participantes, seguidos da área Ambulatorial (17,2%) e Internação/Leitos de UTI e Urgências com o mesmo percentual (16,1%). Houve uma baixa participação na área de Alta Complexidade (3,2%), seguidos de apenas 1,0% na de Internação/Leitos de UCIN.

A Tabela 3 demonstra os dados do primeiro bloco:

Tabela 3. Perfil sociodemográfico do CRDF, Brasília, Brasil, 2020

	Freq	%
1. Profissão		
Enfermeiro(a)	47	50.54
Médico(a)	31	33.33
Outras áreas de nível médio	12	12.90
Outras áreas de nível superior	3	3.23
2. Sexo		
Feminino	56	60.22
Masculino	37	39.78
3. Idade		
25 a 35 anos	21	22.58
35 a 45 anos	44	47.31
45 a 60 anos	27	29.03
Acima de 60 anos	1	1.08
4. Grau de Instrução		
Ensino médio	2	2.15
Especialização	73	78.49
Graduação	9	9.68
Mestrado	9	9.68
5. Tempo de serviço na SES/DF		
Entre 1 a 5 anos	12	12.90
Entre 10 a 15 anos	23	24.73
Entre 15 a 20 anos	18	19.35
Entre 5 a 10 anos	28	30.11
Mais de 20 anos	12	12.90
6. Tempo de serviço na área de regulação		
Entre 1 a 3 anos	26	27.96
Entre 10 e 15 anos	17	18.28
Entre 3 a 5 anos	8	8.60
Entre 5 a 10 anos	29	31.18
Mais de 15 anos	2	2.15
Menos de 1 ano	11	11.83
7. Curso na área de regulação		
Especialização	17	18.28
Nenhum	28	30.11
Treinamento/capacitação	48	51.61
8. Área de atuação na regulação		
Alta Complexidade	3	3.23
Ambulatorial (consultas, exames e/ou procedimentos)	16	17.20
Cirurgias Eletivas	6	6.45
Gestão da Regulação	26	27.96
Internação (Leitos de Cuidado Intermediário Neonatal)	1	1.08
Internação (Leitos de Terapia Intensiva)	15	16.13
Internação (Leitos Gerais)	4	4.30
Transplantes	7	7.53
Urgências	15	16.13
TOTAL	93	100

Fonte: elaboração própria.

O segundo bloco de perguntas do primeiro *survey* objetivou captar dados sobre o conhecimento teórico, legal e processual da regulação e suas áreas afins, além de aspectos relacionados à motivação, judicialização, fragilidades e desafios.

Quanto à motivação, observou-se que 44,0% dos participantes relataram sentir-se totalmente motivados no desempenho de suas atividades laborais, contra 7,5% que apresentou desmotivação. As áreas de regulação que demonstraram maior motivação com o processo de trabalho foi a de Transplantes (85,7%), seguida da de Cirurgias eletivas (83,0%), Alta Complexidade (66,6%) e Gestão (65,3%). A regulação das Urgências foi a área que mais apresentou desmotivação, com 26,6%.

Ao serem questionados se tinham conhecimento sobre a Política Nacional de Regulação, a Gestão foi a área que mais afirmou conhecer totalmente a política, com 57,6% das respostas, seguida da Internação/UTI com 53,3%, enquanto 6,6% da área de Urgência afirmou desconhecer-la. Comparado ao conhecimento sobre a Política Distrital de Regulação, a área de Gestão (53,8%) e a de Internação/UTI (53,3%) foram as que mais informaram conhecer totalmente a política, não havendo registro de desconhecimento por parte dos participantes.

Em relação ao processo de regulação considerar os níveis de atenção em rede, 40,8% dos participantes responderam que quase sempre a regulação considera os níveis para desempenhar seus trabalhos, sendo a área de Cirurgias Eletivas a que mais considera (66,6%) e a que menos considera foi a de Alta Complexidade, com 33,3%.

Quando questionados sobre o processo de regulação ser considerado um instrumento de gestão, 38,7% referiram que sempre a regulação tem se mostrado como um importante instrumento de gestão para a equalização da oferta de serviços e demanda dos usuários na SES/DF.

A área com maior percentual sobre esse ponto foi a de Cirurgias Eletivas com 66,6%. Além disso, 65% dos participantes informaram compreender totalmente o processo regulatório vigente. Chama a atenção a área de Internação/Leitos de UTI na qual, 93,3% dos participantes compreendem totalmente o referido processo.

Ainda em relação ao processo de regulação, ao serem questionados se este processo otimiza o acesso aos serviços de saúde, 43,2% afirmaram que quase sempre isto acontece, porém a área Ambulatorial apresentou 43,7% dos participantes que concordaram totalmente com esse item.

Considerando o processo de judicialização do acesso, 36,5% dos participantes concordaram que sempre há interferência no processo regulatório, sendo que área de Alta Complexidade apresentou a maior concordância (66,6%), seguida da área de

Gestão com a 53,8%. Entretanto, a área que mais discordou sobre a influência judiciária foi a de Transplantes, com 57,1%.

A estrutura organizacional atual das centrais de regulação também foi alvo das perguntas. Apenas 1,0% concorda totalmente que ela é adequada ao desenvolvimento dos trabalhos, representada pela área de Gestão com 3,8%. A maioria (67,7%) concorda que parcialmente a estrutura organizacional atende às necessidades das centrais.

Quanto à adequação da oferta frente à demanda identificada de acordo com cada área de regulação, 43,2% dos participantes concordaram que raramente a oferta atende à demanda. Não houve concordância máxima neste item, ou seja, não há concordância de que sempre a oferta atende à demanda.

O tempo médio entre uma solicitação feita a uma Central de Regulação e a efetivação do processo regulatório, seja em qual área for, foi considerado oportuno somente às vezes por 53,7% dos participantes. Também não houve concordância máxima registrada sobre esse item da pesquisa.

Quanto aos sistemas informacionais utilizados pelas centrais, 67,7% responderam que atendem parcialmente aos processos de trabalho, sendo que área de Alta Complexidade foi a que mais discordou desse item (33,3%), ou seja, os sistemas não atendem.

Quanto às pressões externas exercidas sobre os processos de trabalho, 39,7% dos respondentes afirmaram que às vezes isso pode acontecer, entretanto, a área de Urgências afirmou com 60% dos seus servidores que sempre há influência de pressões externas sobre os processos de trabalho.

Reforçando o resultado sobre capacitação no primeiro bloco, ao serem questionados se participaram de algum treinamento quando iniciaram os trabalhos na área de regulação, apenas 20,9% concordou totalmente com o item. A área de Alta Complexidade foi a que mais apresentou participantes em discordância total, com 33,3%.

Quanto ao quantitativo de servidores ser suficiente para os processos de trabalho desenvolvidos nas centrais, apenas 5,3% concordaram totalmente com o item, enquanto 49,4% concordaram parcialmente sobre essa questão, seguidos de 39,7% que considera o quantitativo de recursos humanos insuficiente.

Pela ótica dos gestores entrevistados, 38,4% informaram que as opiniões das equipes envolvidas na gestão dos processos regulatórios quase sempre são

consideradas para a tomada de decisão. Porém, somente às vezes os dados gerados pelos processos regulatórios das centrais têm sido levados em consideração no planejamento estratégico da SES/DF, segundo informado por 46,1% dos participantes.

Os dados citados acima estão demonstrados nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4. Distribuição geral da percepção dos participantes sobre regulação, Brasília, Brasil, 2020

Tema das questões	Sempre/ Totalmente		Quase Sempre/ Parcialmente		Às Vezes/ Indiferente		Raramente/ Insuficiente		Nunca/ Não compreendo/ Não Adequado/ Desmotivado/ Não Atende		Total (n=93)	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
1. Acesso oportuno	17	25.37	29	43.28	18	26.87	2	2.99	1	1.49	67	100.00
2. Capacitação	14	20.90	19	28.36	16	23.88	12	17.91	6	8.96	67	100.00
3. Compreensão do processo regulatório	44	65.67	21	31.34	0	0.00	2	2.99	0	0.00	67	100.00
4. Estrutura organizacional	1	1.08	63	67.74	2	2.15	17	18.28	10	10.76	93	100.00
5. Instrumento de gestão	36	38.71	38	40.86	12	12.90	6	6.45	1	1.08	93	100.00
6. Judicialização do acesso	34	36.56	30	32.26	18	19.35	6	6.45	5	5.38	93	100.00
7. Motivação	41	44.09	40	43.01	2	2.15	3	3.23	7	7.53	93	100.00
8. Oferta e demanda	0	0.00	5	7.46	22	32.84	29	43.28	11	16.42	67	100.00
9. Política Distrital de Regulação	35	37.63	43	46.24	5	5.38	10	10.75	0	0.00	71	100.00
10. Política Nacional de Regulação	32	45.07	35	49.30	1	1.41	3	4.23	0	0.00	71	100.00
11. Pressões externas	19	20.43	25	26.88	37	39.78	7	7.53	5	5.38	93	100.00
12. Redes de Atenção	37	39.79	38	40.86	11	11.83	5	5.38	2	2.15	93	100.00
13. Recursos Humanos	5	5.38	46	49.46	1	1.08	37	39.78	4	4.30	93	100.00
14. Sistema Informacional	3	4.48	41	61.19	2	2.99	15	22.39	3	4.48	67	100.00
15. Tempo médio de regulação	0	0.00	12	17.91	36	53.73	18	26.87	1	1.49	67	100.00

Ressalte-se que a diferença percebida na frequência demonstrada na Tabela 4 sobre o total de respostas, justifica-se por algumas áreas da regulação que não se adequavam à pergunta padrão e assim, não fizeram parte da estatística de acordo com o tema considerado.

Tabela 5. Distribuição da percepção dos participantes por área de regulação, Brasília, Brasil, 2020

Temas das questões	Sempre/ Totalmente		Quase Sempre/ Parcialmente		Às Vezes/ Indiferente		Raramente/ Insuficiente		Nunca/ Não compreendo/ Não adequada/ Desmotivado(a)/ Não atende		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
1. Acesso												
CERA	7	43.75	6	37.50	3	18.75	0	0.00	0	0.00	16	100.00
CERIH - UTI	5	33.33	10	66.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00	15	100.00
CERIH - UCIN	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
CERIH - Leitos Gerais	0	0.00	1	25.00	0	0.00	2	50.00	1	25.00	4	100.00
CERCE	2	33.33	3	50.00	1	16.67	0	0.00	0	0.00	6	100.00
CERAC	1	33.33	0	0.00	2	66.67	0	0.00	0	0.00	3	100.00
CERU	1	6.67	5	33.33	9	60.00	0	0.00	0	0.00	15	100.00
CET	1	14.29	4	57.14	2	28.57	0	0.00	0	0.00	7	100.00
GESTÃO	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total											67	100.00
2. Capacitação												
CERA	2	12.50	3	18.75	3	18.75	5	31.25	3	18.74	16	100.00
CERIH - UTI	2	13.33	5	33.33	4	26.67	4	26.67	0	0.00	15	100.00
CERIH - UCIN	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
CERIH - Leitos Gerais	1	25.00	0	0.00	1	25.00	2	50.00	0	0.00	4	100.00
CERCE	1	16.67	2	33.33	3	50.00	0	0.00	0	0.00	6	100.00
CERAC	1	33.33	1	33.33	0	0.00	0	0.00	1	33.33	3	100.00
CERU	3	20.00	6	40.00	5	33.33	0	0.00	1	6.67	15	100.00
CET	4	57.11	1	14.29	0	0.00	1	14.29	1	14.29	7	100.00
GESTÃO	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total											67	100.00
3. Compreensão												
CERA	8	50.00	8	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	16	100.00
CERIH - UTI	14	93.33	1	6.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00	15	100.00
CERIH - UCIN	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
CERIH - Leitos Gerais	2	50.00	2	50.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	100.00
CERCE	5	83.33	1	16.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	100.00
CERAC	2	66.67	0	0.00	0	0.00	1	33.33	0	0.00	3	100.00
CERU	7	46.67	7	46.67	0	0.00	1	6.67	0	0.00	15	100.00
CET	6	85.71	1	14.29	0	0.00	0	0.00	0	0.00	7	100.00
GESTÃO	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total											67	100.00
4. Estrutura organizacional												
CERA	0	0.00	12	75.00	1	6.25	2	12.50	1	6.25	16	100.00
CERIH - UTI	0	0.00	8	53.33	0	0.00	6	40.00	1	6.67	15	100.00
CERIH - UCIN	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
CERIH - Leitos Gerais	0	0.00	1	25.00	0	0.00	1	25.00	2	50.00	4	100.00
CERCE	0	0.00	6	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	100.00
CERAC	0	0.00	2	66.67	0	0.00	1	33.33	0	0.00	3	100.00
CERU	0	0.00	10	66.67	0	0.00	4	26.67	1	6.67	15	100.00
CET	0	0.00	7	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	7	100.00
GESTÃO	1	3.85	16	61.54	1	3.85	3	11.54	5	19.23	26	100.00
Total											93	100.00
5. Instrumento de gestão												
CERA	6	37.50	8	50.00	2	12.50	0	0.00	0	0.00	16	100.00
CERIH - UTI	7	46.67	6	40.00	2	13.33	0	0.00	0	0.00	15	100.00
CERIH - UCIN	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	1	100.00
CERIH - Leitos Gerais	0	0.00	1	25.00	2	50.00	0	0.00	1	25.00	4	100.00
CERCE	4	66.67	2	33.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	100.00
CERAC	1	33.33	2	66.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	100.00
CERU	4	26.67	4	26.67	4	26.67	3	20.00	0	0.00	15	100.00
CET	4	57.14	2	28.57	1	14.29	0	0.00	0	0.00	7	100.00
GESTÃO	10	38.46	13	50.00	1	3.85	2	7.69	0	0.00	26	100.00
Total											93	100.00
6. Judicialização do acesso												
CERA	3	18.75	6	37.50	6	37.50	1	6.25	0	0.00	16	100.00
CERIH - UTI	5	33.33	8	53.33	2	13.33	0	0.00	0	0.00	15	100.00
CERIH - UCIN	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	1	100.00
CERIH - Leitos Gerais	1	25.00	0	0.00	2	50.00	0	0.00	1	25.00	4	100.00
CERCE	2	33.33	2	33.33	2	33.33	0	0.00	0	0.00	6	100.00
CERAC	2	66.67	1	33.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	100.00
CERU	7	46.67	3	20.00	4	26.67	1	6.67	0	0.00	15	100.00
CET	0	0.00	1	14.29	0	0.00	2	28.57	4	57.14	7	100.00
GESTÃO	14	53.85	9	34.62	2	7.69	1	3.85	0	0.00	26	100.00
Total											93	100.00

(Continua)

Temas das questões	Sempre/ Totalmente	Quase Sempre/ Parcialmente	Às Vezes/ Indiferente	Raramente/ Insuficiente	Nunca/ Não compreendo/ Não adequada/ Desmotivado(a)/ Não atende	Total						
7. Motivação												
CERA	7	43.75	8	50.00	0	0.00	0	0.00	1	6.26	16	100.00
CERIH - UTI	3	20.00	11	73.33	0	0.00	0	0.00	1	6.67	15	100.00
CERIH - UCIN	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
CERIH - Leitos Gerais	0	0.00	2	50.00	0	0.00	2	50.00	0	0.00	4	100.00
CERCE	5	83.33	1	16.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	100.00
CERAC	2	66.67	1	33.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	100.00
CERU	1	6.67	8	53.33	1	6.67	1	6.67	4	26.67	15	100.00
CET	6	85.71	1	14.29	0	0.00	0	0.00	0	0.00	7	100.00
GESTÃO	17	65.38	8	30.77	0	0.00	0	0.00	1	3.85	26	100.00
Total											93	100.00
8. Oferta e demanda												
CERA	0	0.00	2	12.50	7	43.75	5	31.25	2	12.50	16	100.00
CERIH - UTI	0	0.00	1	6.67	4	26.67	6	40.00	4	26.67	15	100.00
CERIH - UCIN	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
CERIH - Leitos Gerais	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	75.00	1	25.00	4	100.00
CERCE	0	0.00	0	0.00	2	33.33	4	66.67	0	0.00	6	100.00
CERAC	0	0.00	1	33.33	0	0.00	2	66.67	0	0.00	3	100.00
CERU	0	0.00	0	0.00	8	53.33	4	26.67	3	20.00	15	100.00
CET	0	0.00	0	0.00	1	14.29	5	71.43	1	14.29	7	100.00
GESTÃO	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total											67	100.00
9. Política Distrital												
CERA	5	31.25	9	56.25	0	0.00	2	12.50	0	0.00	16	100.00
CERIH - UTI	8	53.33	6	40.00	0	0.00	1	6.67	0	0.00	15	100.00
CERIH - UCIN	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
CERIH - Leitos Gerais	1	25.00	1	25.00	2	50.00	0	0.00	0	0.00	4	100.00
CERCE	1	16.67	5	83.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	100.00
CERAC	1	33.33	1	33.33	0	0.00	1	33.33	0	0.00	3	100.00
CERU	3	20.00	7	46.67	2	13.33	3	20.00	0	0.00	15	100.00
CET	2	28.57	4	57.14	0	0.00	1	14.29	0	0.00	7	100.00
GESTÃO	14	53.85	9	34.62	1	3.85	2	7.69	0	0.00	26	100.00
Total											93	100.00
10. Política Nacional												
CERA	5	31.25	9	56.25	0	0.00	2	12.50	0	0.00	16	100.00
CERIH - UTI	8	53.33	7	46.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00	15	100.00
CERIH - UCIN	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
CERIH - Leitos Gerais	1	25.00	3	75.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	100.00
CERCE	2	33.33	4	66.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	100.00
CERAC	1	33.33	2	66.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00	3	100.00
CERU	3	20.00	9	60.00	0	0.00	2	13.33	1	6.67	15	100.00
CET	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
GESTÃO	15	57.69	9	34.62	1	3.85	1	3.85	0	0.00	26	100.00
Total											86	100.00
11. Pressões externas												
CERA	0	0.00	5	31.25	10	62.50	1	6.25	0	0.00	16	100.00
CERIH - UTI	2	13.33	4	26.67	8	53.33	1	6.67	0	0.00	15	100.00
CERIH - UCIN	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
CERIH - Leitos Gerais	1	25.00	1	25.00	2	50.00	0	0.00	0	0.00	4	100.00
CERCE	1	16.67	1	16.67	1	16.67	2	33.33	1	16.67	6	100.00
CERAC	0	0.00	1	33.33	2	66.67	0	0.00	0	0.00	3	100.00
CERU	9	60.00	3	20.00	3	20.00	0	0.00	0	0.00	15	100.00
CET	1	14.29	1	14.29	2	28.57	1	14.29	2	28.57	7	100.00
GESTÃO	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total											67	100.00
12. Redes de Atenção												
CERA	7	43.75	4	25.00	5	31.25	0	0.00	0	0.00	16	100.00
CERIH - UTI	6	40.00	7	46.67	1	6.67	1	6.67	0	0.00	15	100.00
CERIH - UCIN	0	0.00	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
CERIH - Leitos Gerais	0	0.00	2	50.00	1	25.00	0	0.00	1	25.00	4	100.00
CERCE	4	66.67	2	33.33	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	100.00
CERAC	1	33.33	1	33.33	0	0.00	0	0.00	1	33.33	3	100.00
CERU	4	26.67	7	46.67	2	13.33	2	13.33	0	0.00	15	100.00
CET	4	57.14	3	42.86	0	0.00	0	0.00	0	0.00	7	100.00
GESTÃO	11	42.31	12	46.15	1	3.85	2	7.69	0	0.00	26	100.00
Total											93	100.00

(Conclusão)

Temas das questões	Sempre/ Totalmente	Quase Sempre/ Parcialmente	Às vezes/ Indiferente	Raramente/ Insuficiente	Nunca/ Não compreendo/ Não adequada/ Desmotivado(a)/ Não atende	Total						
13. Recursos Humanos												
CERA	0	0.00	11	68.75	0	0.00	5	31.25	0	0.00	16	100.00
CERIH - UTI	1	6.67	10	66.67	0	0.00	3	20.00	1	6.67	15	100.00
CERIH - UCIN	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
CERIH - Leitos Gerais	1	25.00	2	50.00	1	25.00	0	0.00	0	0.00	4	100.00
CERCE	1	16.67	4	66.67	1	16.67	0	0.00	0	0.00	6	100.00
CERAC	0	0.00	1	33.33	0	0.00	2	66.67	0	0.00	3	100.00
CERU	0	0.00	5	33.33	0	0.00	8	53.33	2	13.33	15	100.00
CET	0	0.00	3	42.86	0	0.00	4	57.14	0	0.00	7	100.00
GESTÃO	1	3.85	10	38.46	0	0.00	14	53.85	1	3.85	26	100.00
Total											93	100.00
14. Sistema Informacional												
CERA	1	6.25	12	75.00	0	0.00	3	18.75	0	0.00	16	100.00
CERIH - UTI	0	0.00	10	66.67	0	0.00	5	33.33	0	0.00	15	100.00
CERIH - UCIN	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
CERIH - Leitos Gerais	0	0.00	1	25.00	0	0.00	2	50.00	1	25.00	4	100.00
CERCE	0	0.00	5	83.33	0	0.00	1	16.67	0	0.00	6	100.00
CERAC	0	0.00	0	0.00	0	0.00	2	66.67	1	33.34	3	100.00
CERU	1	6.67	9	60.00	2	13.33	2	13.33	1	6.67	15	100.00
CET	1	14.29	3	42.86	0	0.00	3	42.86	0	0.00	7	100.00
GESTÃO	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total											67	100.00
15. Tempo médio de regulação												
CERA	0	0.00	0	0.00	10	62.50	6	37.50	0	0.00	16	100.00
CERIH - UTI	0	0.00	2	13.33	10	66.67	2	13.33	1	6.67	15	100.00
CERIH - UCIN	0	0.00	1	100.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	100.00
CERIH - Leitos Gerais	0	0.00	0	0.00	2	50.00	2	50.00	0	0.00	4	100.00
CERCE	0	0.00	0	0.00	3	50.00	3	50.00	0	0.00	6	100.00
CERAC	0	0.00	0	0.00	1	33.33	2	66.67	0	0.00	3	100.00
CERU	0	0.00	4	26.67	8	53.33	3	20.00	0	0.00	15	100.00
CET	0	0.00	5	71.43	2	28.57	0	0.00	0	0.00	7	100.00
GESTÃO	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Total											67	100.00

4.5 PUBLICAÇÃO DO ARTIGO

Como produto deste estudo, o artigo “Aplicação do mapeamento conceitual na regulação do acesso aos serviços públicos de saúde, Distrito Federal, Brasil” encontra-se publicado pela *Revista Ciência e Saúde Coletiva* (Qualis/Capes B1 - Interdisciplinar, Q2 e Sjr 2019= 0.58), conforme a Figura 20.



0312/2020 - Aplicação do mapeamento conceitual na regulação do acesso aos serviços públicos de saúde, Distrito Federal, Brasil

Application of conceptual mapping in the regulation of access to public health, Federal District, Brazil



Autor:

• Geisa Cristina Modesto Vilarins - Vilarins, GCM - <ggvilarins@gmail.com>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8341-7420>

Coautor(es):

• Diana Lucia Moura Pinho - PINHO, D. L. M. - <diana@unb.br>
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4212-2340>

Resumo:

A regulação em saúde na busca da equidade subsidia a gestão e necessita de métodos avaliativos que incrementem os processos de trabalho. Objetivo: Analisar a aplicação do mapeamento conceitual na regulação do acesso aos serviços públicos de saúde. Método: Estudo exploratório e descritivo, sob abordagem mista, realizado no Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal. Os dados foram coletados entre agosto a outubro de 2019 e analisados com o auxílio dos softwares IRaMuTeQ e Concept Systems®. Resultados: Há uma convergência de 25 declarações geradas pelos 71 participantes, agrupadas em 04 Clusters sobre a regulação rumo ao princípio da equidade. O nível de prioridade assistencial apresentou-se como o foco da regulação e a gestão, a força motriz para a integração dos processos. Conclusão: O mapeamento conceitual é uma ferramenta que pode apoiar o planejamento e avaliação da regulação, pois possibilita identificar pontos prioritários a serem trabalhados pela gestão na melhoria dos processos regulatórios evidenciados neste estudo como a capacitação dos profissionais, a transparência da informação e o nível de prioridade assistencial para um acesso efetivo, equânime, racional e oportuno aos usuários do sistema de saúde.

Palavras-chave:

Regulação e Fiscalização em Saúde. Acesso aos serviços de saúde. Mapeamento conceitual. Gestão em saúde. Avaliação em Saúde.

Figura 20 – Artigo publicado sobre o mapeamento conceitual da regulação em saúde do DF pela Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2020.

5. DISCUSSÃO

Existem inúmeros desafios na implementação da regulação pública no SUS e utilizar a regulação do acesso como instrumento de gestão é um deles. A regulação, ao garantir o acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde, atua sobre a oferta dos mesmos, assume o planejamento das ações e estabelece a adequação desta oferta de acordo com as necessidades identificadas^{22,23,44}. Promove assim, a equidade do acesso, garantindo-se a integralidade da assistência de forma equânime e ordenada, segundo os princípios do SUS.

Considerada a complexidade da regulação em saúde e a necessidade de ferramentas que possam auxiliar na análise/avaliação dos processos regulatórios, o baixo número de estudos publicados sobre mapeamento conceitual na área da saúde (menos de 1% do total de 1.222 teses e dissertações no BDTD/ IBICT) no período estudado, positivou a ideia de que há lacuna do conhecimento nessa área, ao se levar em consideração a importância do mesmo para os processos de planejamento, avaliação e gestão da saúde. A pesquisa realizada confirmou o pressuposto de que os estudos sobre mapeamento conceitual apresentam um impacto maior em outras áreas do conhecimento, principalmente na área de Educação, carecendo, sem dúvida, do aprofundamento em novos estudos³⁸.

O uso do mapeamento conceitual como uma ferramenta que contribui para analisar o campo da equidade no acesso aos cuidados de saúde pode ser percebido na maioria dos estudos levantados na revisão integrativa como parte deste trabalho^{183,187}. Houve um enfoque maior na literatura sobre estudos que abordavam o acesso como resultado da integração de diferentes perspectivas e domínios que capturavam a complexidade do conceito, focando aspectos da equidade, principalmente quando se entendia a interface entre as necessidades da população e a acessibilidade gerenciada pelos provedores, organizações, instituições e sistemas, onde, além de outras especificidades, podendo ter um papel fundamental na equidade do acesso^{39,171}.

Destaquem-se os países Canadá^{41,187} e Estados Unidos^{171,172} por estarem na vanguarda desta metodologia ao aplicarem o mapeamento conceitual na área da saúde, seguidos de países europeus como Holanda¹⁸⁶, Suécia³⁹, França¹⁸⁸ e Escócia⁴⁰. Não foram observados estudos feitos no Brasil com a temática em questão, apesar do sistema de saúde brasileiro ser considerado um sistema complexo, o que demonstra todo um campo ainda a ser explorado com tal metodologia.

De acordo com o referencial teórico adotado neste estudo, Trochim(1989)^{27,32,33,34,35}, o mapeamento conceitual foi utilizado para permitir a síntese de visões de diferentes partes interessadas (*Stakeholders*) da regulação, trazendo perspectivas divergentes e convergentes, criando coletivamente uma direção para onde priorizar a ação em saúde.

Cabe a afirmação de que é possível aplicar o mapeamento conceitual na área de regulação, uma vez que Trochim^{27,32,33,34,35} indica seu uso em qualquer área do conhecimento, a saber, em saúde pública, saúde da mulher, gestão em saúde, saúde urbana e rural, saúde mental, conforme relatos em vários de seus estudos.

Do ponto de vista metodológico, o uso do mapeamento conceitual possibilitou identificar, pela análise quantitativa, padrões de correspondência e correlações entre os ideias dos participantes, definidos pela CHD e pelos valores de ponte, respectivamente; e pela análise qualitativa, os mecanismos causais para melhor entender a complexidade dos temas abordados, assim como preconiza Trochim^{27,32,33,34,35}. Tais mecanismos foram refletidos pelos 25 *Statements/declarações* produzidos e a respectiva classificação destes, enfatizando a importância da relação entre eles, permitindo, assim, uma melhor compreensão dos processos de regulação estudados.

Vale ressaltar que, em relação ao tipo de abordagem, 86,6% levantados na revisão integrativa deste trabalho utilizaram métodos mistos (qualitativos e quantitativos), confirmando o recomendado por Trochim & Kane (2005)³² que citam o mapeamento conceitual como uma abordagem de método misto e participativo para pesquisa que permite a um grupo descrever ideias em resposta a uma questão focada, classificando-as em critérios específicos e submeter os dados a análises multivariadas.

De fato, a visão de Anderson & Slonim³⁷ de que o mapeamento conceitual é uma ferramenta útil para complementar os papéis da saúde pública foi percebida neste trabalho ao aplicá-lo nos processos regulatórios vigentes, pois estabeleceu prioridades no intuito de orientar o planejamento, a implementação e a avaliação das ações.

Os resultados gerados pelo *Rating/Classificação* foram transformados em mapas com representação visual³³ e a sua interpretação pode então ser usada para nortear a formulação de novas ações com base em prioridades nas frentes de trabalho³⁸. Assim, tais mapas refletiram as relações conceituais mais significativas nos

processos regulatórios estudados e percebidos pelos valores de importância dos *Clusters*³⁴. Ou seja, o *Cluster 3* – Processo Regulatório apresentou o maior valor (3,50), seguido do *Cluster 4* – Desafios da Regulação (3,29), *Cluster 1* – Conceitos de Regulação (2,81) e, por último, o *Cluster 2* – Finalidades da Regulação (2,69), reforçando o aludido por Trochim & Kane (2005)³² sobre a hierarquização das ideias.

Para os participantes, o conhecimento do Processo Regulatório (*Cluster 3*) foi o mais importante, pois ao se ter um processo mais alinhado, torna-se possível superar os Desafios (*Cluster 4*) relacionados. Da mesma forma, a partir do momento que se tem o domínio Conceitual de regulação (*Cluster 1*), as Finalidades da regulação (*Cluster 2*) poderão ser alcançadas.

Neste sentido, por ser um método especificamente voltado para o pensamento reflexivo (EDEN,1992), o mapeamento conceitual se encaixou bem numa complexa estrutura de sistemas adaptativos com abordagem participativa, como é o caso da regulação em saúde, considerando a tomada de decisão para a resolução de problemas^{34,37}.

O uso dos *softwares* IRamuTeQ^{177,178,179,180} e *Concept Systems*®¹⁸¹ permitiu compreender o conteúdo das respostas a partir do *Focus Prompt* na tentativa de identificar as inferências mais plausíveis, a partir dos dados coletados, não sendo, portanto, um processo automático, mas uma etapa analítica em que o pesquisador é o elemento central¹⁸⁹.

Em relação à CHD gerada pelo *software* IRamuTeQ^{177,178,179,180}, percebeu-se que a Classe 1 – Conceitos de Regulação apresentou uma associação de palavras (“serviço”, “equidade”, “oferecer”, “saúde”, “acesso”, “ferramenta”, “integralidade”, “ordenar”, “otimizar”...) convergente ao preconizado pela Política Nacional de Regulação²¹ que define a regulação em saúde como uma ferramenta de gestão para promover o acesso equânime, universal e integral dos usuários aos serviços de saúde ao ordenar uma rede de serviços com o intuito de otimizando a utilização dos serviços pelos usuários.

Na Classe 2 – Desafios da Regulação, as palavras associadas (“momento”, “regulador”, “treinamento”, “entender”...) apresentaram uma aproximação com as diretrizes do Pacto pela Saúde^{91,96} que determinam o compromisso das equipes gestoras estaduais e municipais para que efetuem a capacitação e educação permanente de todos os envolvidos no processo para a operacionalização das ações de regulação⁹³, sendo, de fato, desafiador ao processo gestor.

A Classe 3 – Dificuldades da Regulação apresentou palavras (“capaz”, “regulação”, “nível”, “escassez”, “prioridade”...) que indicaram as tensões existentes entre os pontos de atenção, como informações sobre a demanda, a escassez, a inexistência e o excesso de ofertas, bem como sobre os encaminhamentos incompatíveis com os protocolos ou nível de prioridade⁵⁸.

A Classe 4 – Processo Regulatório demonstrou palavras associadas (“leito”, “uti”, “unidade”, “paciente”, “enfermaria”, “criação”, “perfil”...) à essência regulatória como o controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados⁶⁰.

A Classe 5 – Objetivos da Regulação agrupou palavras (“órgão”, “consulta”, “procedimento”, “esperar”, “transplante”, “listar”, “gerenciar”, “fila”...) que se assemelharam ao estudo de Gawryszewski (2011)¹⁵ que define como objetivo da regulação, o gerenciamento do processo de priorização do acesso aos serviços assistenciais, incluindo-se todas as áreas de regulação, de modo a garantir a efetivação da equidade no sistema de saúde.

Considerando a etapa de *Brainstorming*, a divisão observada na CHD indicou a Classe 5 (Objetivos da Regulação) como a mais representativa com 23,5% de aproveitamento do total das UCE, transparecendo as ideias sobre os pontos fortes que a regulação do acesso aos serviços públicos de saúde apresenta, segundo os participantes.

*“(...) a regulação do acesso aos serviços de saúde se sustenta na construção de estruturas organizacionais capazes de concretizar na prática os princípios e diretrizes do SUS coordenando as demandas com as ofertas locais de forma eficiente e equânime em qualquer contexto desde a suficiência até a escassez de recursos.” (**** *suj_118)*

Tal percepção converge ao modelo de redes de atenção à saúde^{44,58,120}, uma vez que a organização dos serviços é condição fundamental para que estes ofereçam as ações necessárias de forma apropriada. Para isso, é preciso definir as unidades que compõem a rede considerando as redes de atenção e distribuí-las geograficamente (regionalização), incluindo-se para tanto, os processos de referência e contrarreferência, tão necessários à garantia das linhas de cuidado. A concentração geográfica e ampliação da cobertura populacional dos serviços mais complexos são

formas de garantir o acesso e sua utilização adequada por todos que deles necessitam, otimizando os recursos disponíveis no território⁹³.

Houve uma relação direta entre as Classes 2 (Desafios da Regulação) e 4 (Processo Regulatório) por possuírem discursos bem próximos, pois apareceram dentro da mesma subclasse. Subentende-se, neste sentido, que ao se pensar em processo regulatório também é necessário identificar os desafios existentes e as habilidades para superá-los.

*“...mas para isso é necessário ferramentas ágeis, protocolos validados além do treinamento contínuo de todos os atores que lidam com todo o processo desde a atenção básica à alta complexidade.” (**** *suj_121)*

Similarmente, as Classes 1 (Conceitos de Regulação) e 3 (Dificuldades da Regulação) se apresentaram na mesma subclasse remetendo às ideias de que as definições de regulação se esbarram em dificuldades para execução das ações pertinentes ao processo regulatório.

*“(...) consiste em um mecanismo de ordenação e organização que tenta promover o acesso de forma equânime, adequada e oportuna por meio da utilização de protocolos clínicos, especialmente em nosso meio onde há desequilíbrio entre a demanda e a oferta.” (**** *suj_95)*

Em relação à Nuvem de Palavras, notou-se uma convergência da percepção dos participantes em seus discursos sobre conceitos de regulação, aludindo ao exposto por Lima (2013)¹⁴ que define a regulação como um serviço que utiliza mecanismos para facilitar o acesso ao sistema de saúde, com base nos princípios da equidade e da integralidade e na adequação da oferta dos serviços de atenção à saúde com relação às necessidades da população.

*“(...) ferramenta de gestão que viabiliza o acesso de cidadãos aos serviços de saúde de forma oportuna adequada, equânime, baseada em critérios clínicos e de priorização conforme as necessidades do paciente e suporte oferecido pelas unidades componentes das redes de atenção em suas mais variadas instâncias primária, secundária, terciária.” (**** *suj_88)*

A questão da judicialização do acesso frente ao processo regulatório tem sido recorrente na fala dos participantes. As tentativas para se enxergar a judicialização do acesso à saúde como algo que beneficie a coletividade fracassam quando são

percebidas as implicações dessa sobre processos de trabalho, políticas públicas de saúde, financiamento de serviços e ações sanitárias em todos os níveis de atenção. Sem contar na implicação ética junto aos profissionais, uma vez que enfrentam, diuturnamente, um dilema diante do cumprimento de uma ordem judicial e a devida priorização clínica dos casos, o correto fluxo de acesso aos leitos e a precisa tomada de decisão quanto às alternativas assistenciais disponíveis, tão inerentes à prática regulatória.

*“(...) Processo de judicialização dos pacientes muitas vezes priorizam aqueles sem indicação aos cuidados solicitados. As vezes também insistem na transferência de pacientes que não preenchem o perfil de cuidados da Unidade.”(*** *suj_42)*

*“(...) a judicialização que ao invés de ajudar acaba atrapalhando todo o processo regulatório. Perda de tempo na procura de leitos das unidades privadas.”(*** *suj_97)*

Todavia, sabendo-se que a saúde é um bem e direito garantido pela Constituição Federal que deve ser ofertada pelo Estado para reparação do estado de saúde desde o individual ao coletivo, não se pode deixar de considerar as limitações de recursos do SUS^{149,155,159}. Torna-se, portanto, a judicialização um caminho alternativo ao direito à saúde que se depara com os preceitos do processo de regulação do acesso aos serviços de saúde, desafiando os gestores no cumprimento dos princípios do SUS¹⁴⁶.

A judicialização tanto pode ser um recurso para a garantia do justo em saúde quanto uma interferência indevida do Poder Judiciário no funcionamento da política de saúde¹⁵⁴. Além disso, no conjunto do que se conhece como a judicialização da assistência em saúde, há casos em que os usuários procuram a justiça para garantir seu acesso ao SUS, acarretando inegável impacto nas contas públicas e dificultando a consecução dos princípios organizacionais do SUS, o que Ramos *et al* (2016)¹⁵⁵ chama de prática perturbadora do gastos públicos do Estado. Essa “nova” modalidade de acesso aos serviços de saúde, de fato, culmina em implicações diretas sobre gestão da regulação assistencial, tendo muito o que se avançar nessa discussão.

Sobre o Mapa de *Clusters* produzido pelo software *Concept Systems*®¹⁸¹, considerando o *Cluster 1* – Conceitos de Regulação, observou-se que as ideias propostas nos *Statements/declarações 1, 2, 4 e 5* estavam distantes dos *Statements/declarações 3 e 22*, apesar de pertencerem ao mesmo *cluster*. Tal

clusterização permitiu identificar a percepção conceitual dos participantes sobre regulação do acesso aos serviços de saúde entendida como um serviço ou ferramenta que oferece equidade, garante a integralidade, ordena e otimiza o acesso à saúde com base na qualificação das necessidades da população.

Isto confirmou o apontado na CHD, citada anteriormente, convergindo também ao preconizado pela Política Nacional de Regulação²¹ e ao estudo de Goicolea *et al.* (2018)³⁹ na Suécia que contribuiu na construção de planos de desenvolvimento para a melhoria do acesso da população que vive em área rural, e de Johnson *et al.* (2014)¹⁷¹. nos Estados Unidos para traçar novas diretrizes e debates na reformulação das políticas vigentes, fortalecendo o discurso da ampliação do acesso aos serviços de saúde e o papel dos gestores envolvidos.

Importante ressaltar que o *Statement/declaração* 3 foi tido como o elemento centróide do *Cluster 1*, o que significa que todos os outros *Statements/declarações* se relacionam com ele, ou seja, todos estão relacionados à transparência dos conceitos e das informações sobre regulação.

Ao analisar o perfil sociodemográfico da amostra, percebeu-se que o número de 71 participantes atendeu ao preconizado por Trochim (1989)³⁵ que recomenda de 30 a 100 participantes para a efetividade da metodologia. Observou-se que 23,6% dos participantes eram gestores em regulação, constituindo uma representatividade significativa do ponto de vista conceitual. Entretanto, chamou a atenção de que 51,6% dos participantes atuam nos processos regulatórios sem ter tido nenhum tipo de capacitação ou treinamento, apresentando, assim, desconhecimento sobre o tema, ampliando cada vez mais a prática regulatória baseada em “achismos”, semelhante ao definido por Cecílio(2014)⁷⁶, ou apenas em um processo repetitivo das ações de outros profissionais no mesmo nível de atuação. Isto também foi justificado pela distância do *Statement/declaração* 22 para os demais *Statements/declarações* no *Cluster 1 – Conceitos de Regulação*.

Quanto aos processos regulatórios, de modo geral, a regulação do acesso ainda é uma ação que precisa garantir melhor a transparência aos usuários em relação ao gerenciamento da fila de espera seja por uma consulta, exame, procedimento, internação em leito geral/UTI ou até mesmo para um transplante de tecidos órgãos para que se tenha a devida e equânime ampliação do acesso.

“(...) ferramenta que permite otimizar os recursos disponíveis qualificar a atenção e o acesso da população às ações e aos

*serviços de saúde transparência promoção de equidade e integralidade(...)"(**** *suj_75)*

*"(...) consiste na ordenação e qualificação dos fluxos de acesso às ações e serviços de saúde de modo a otimizar a utilização dos recursos assistenciais disponíveis e promover a transparência a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços(...)"(**** *suj_102)*

A percepção observada sobre a transparência e gerenciamento da fila de espera nos processos regulatórios aproximou-se ao que o estudo de Ahmad *et al.* (2012)⁴¹ traz sobre a significativa importância do mapeamento conceitual na ampliação do acesso aos serviços públicos canadenses de saúde para mulheres imigrantes e que necessitavam de mamografias. Com o uso do mapeamento conceitual foi possível não só identificar as principais barreiras quanto à realização do exame, mas também identificar o subrastreamento e até mesmo a captação das mulheres imigrantes que nunca realizaram uma mamografia, otimizando assim, o gerenciamento empregado.

Da mesma forma, o estudo de Willging *et al.*¹⁷², utilizou o mapeamento conceitual para compreender ampliação do acesso de americanos indianos idosos a um seguro público de saúde, de modo a propor estratégias para minimizar a marginalização desta população negligenciada nas políticas estadunidenses de saúde.

Na mesma linha da ampliação do acesso às populações negligenciadas, o estudo de Vives-Cases *et al.*(2017)⁴², utilizou o mapeamento conceitual para otimizar os serviços de atenção primária à saúde ao acolhimento e atendimento às mulheres ciganas na Espanha, priorizando ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Na Escócia, o estudo de Bradbury-Jones *et al.*⁴⁰ utilizou o mapeamento conceitual para identificar áreas prioritárias na melhoria do acesso aos serviços de maternidade para as mulheres vítimas de abuso doméstico, outra questão complexa de saúde a ser lidada.

Em todos estes estudos, as estratégias utilizadas foram definidas de acordo com os resultados apontados na utilização do mapeamento conceitual, levando às melhorias da promoção da saúde e ampliação do acesso aos serviços de saúde com equidade, bem como o aprimoramento de políticas que fortaleçam tal acesso^{183,188}.

O *Cluster 2* – Finalidades da Regulação apresentou os *Statements/declarações* 6, 7, 9, 23, 24 e 25, sendo classificados em três dimensões opostas. Os *Statements/declarações* 6, 7 e 9 consideraram que a capacitação do regulador, o treinamento das equipes e a motivação do servidor são fatores importantes que objetivam a melhoria da informação. Tal relação é fortalecida pelos *Statements/declarações* 23 e 25 que aludem à transparência e qualificação da informação. Consequentemente, isto proporcionará um maior controle e monitoramento da regulação do acesso aos serviços de saúde, citado pelo *Statement/declaração* 24. Notou-se uma estreita relação das ideias apesar de estarem distantes visualmente. De fato, houve uma lógica entre a capacitação profissional, o que poderá acarretar uma melhoria da informação com uma consequente melhora no controle e monitoramento.

*“(...) o baixo comprometimento das equipes com o processo regulatório completo muitas vezes por falta de conhecimento o processo regulatório(...)” (**** *suj_01)*

*“(...) acredito muito na regulação enquanto processo para possibilitar um acesso equânime e universal aos serviços de saúde no entanto precisa capacitar a equipe dar condições de trabalho e transformar em um ambiente mais prazeroso(...)” (**** *suj_37)*

*“(...) a transparência dos processos de trabalho tem importância salutar no processo regulatório pois a gestão pode nortear o planejamento estratégico da equipe visando o alcance das metas(...)”(**** *suj_94)*

De acordo com a clusterização, o elemento centróide identificado neste cluster foi o *Statement/declaração* 24 que trata do controle e monitoramento, sendo esse um dos pontos mais importantes, visto que para isso se relaciona com todos os outros pontos. Ou seja, para se ter o controle e monitoramento como finalidade da regulação, faz-se necessário qualificar a informação (*Statement/declaração* 25), de modo a fornecer transparência (*Statement/declaração* 23), mas para isso é preciso treinar, capacitar e motivar as equipes envolvidas(*Statement/declaração* 6, 7, 9).

O *Cluster 3* – Processo Regulatório apresentou os *Statements/declarações* 16, 17, 18, 20 e 21 aglomerados, porém distantes do *Statement/declaração* 19. Apesar dos participantes entenderem a regulação do acesso aos serviços públicos de saúde como um processo que deva considerar o suporte adequado a ser dado ao paciente

(*Statement*/declaração 16), o perfil do paciente (*Statement*/declaração 17), a referência da região de saúde (*Statement*/declaração 18), a vaga ou oferta na rede (*Statement*/declaração 20) e o transporte (*Statement*/declaração 21), o nível de prioridade assistencial (*Statement*/declaração 19) surge como um ponto que se relaciona com todos os demais, tornando-se o foco do processo regulatório em busca da equidade neste *cluster*.

*“(...) dar acesso ao leito de uti com perfil adequado a necessidade do paciente de acordo com a sua prioridade clínica(...)”(**** *suj_77)*

*“(...) entendo como sendo a forma de priorizar o atendimento a pacientes graves organizando o acesso e evitando maiores danos aos mesmos tendo em vista a oferta insuficiente de serviços(...)”(**** *suj_32)*

Tal achado assemelha-se aos estudos de Pauly *et al.*¹⁸⁷ no Canadá, Kuunders *et al.*¹⁸⁶ na Holanda, Cambon *et al.*¹⁸⁸ na França e Anderson *et al.*¹⁹⁰ nos Estados Unidos que utilizaram o mapeamento conceitual para a análise de sistemas complexos de saúde, fornecendo dados para teorizar contra as desigualdades em saúde nos vários níveis de atenção, levantando estratégias para o aumento da equidade na saúde.

O entendimento sobre o processo regulatório neste cluster ganhou força ao ser observado um contraste entre o tempo de serviço na área de regulação apresentado pelos participantes. A maioria apresenta entre cinco a 10 anos (31,1%) comparada aos 11,8% com menos de um ano, formando dois polos, um com mais experiência e o outro a caminho desse nível. É preciso um olhar diferenciado por parte dos gestores sobre os dois extremos para evitar um possível desalinhamento teórico e/ou processual, e assim, diminuir cada vez mais o paralelismo entre uma regulação profissional e uma regulação governamental⁷⁶.

Por fim, o *Cluster 4 – Desafios da Regulação*, representado pelos *Statements*/declarações 8, 10, 11, 12, 13, 14 e 15, traduziu a percepção dos participantes como o enfrentamento de desafios ou dificuldades a serem vencidas pela regulação como a compreensão do momento oportuno da ação regulatória (*Statement*/declaração 8), a integração das centrais de regulação (*Statement*/declaração 10), a escassez de recursos (*Statement*/declaração 11), a melhoria do nível de prioridade assistencial (*Statement*/declaração 13), a qualificação

da demanda identificada (*Statement*/declaração 14) e o espaço físico das centrais de regulação (*Statement*/declaração 15). Interessante notar que o *Statement*/declaração 12 se apresenta em uma posição mediana entre os demais pontos, sendo traduzido pela gestão/direção da regulação como a força motriz para a superação dos desafios elencados.

*“(...) acho que é a melhor ferramenta de gestão que podemos ter nos serviços de saúde (...)” (**** *suj_81)*

*“(...) a falta de um complexo regulador que mantém as equipes agregadas trabalhando em um só espaço é uma barreira para alguns investimentos relacionados ao desenvolvimento de lideranças(...) (**** *suj_88)*

*“(...) acredito que mesmo com todas as dificuldades que encontramos no nosso dia a dia a regulação é a melhor forma de garantir um acesso aos serviços de saúde mais equânime(...)”(**** *suj_99)*

*“(...) A gestão da regulação necessita planejar internamente ações que permitam atuar sobre oferta e demanda, monitoramento da regulação dentro dos panoramas, implantar ações sobre a otimização dos recursos, monitoramento de demanda reprimida e absenteísmo aos procedimentos agendados, gerenciar fila de espera, coordenar a atualização dos protocolos utilizados, etc. (...)”(*** *suj_75)*

Um dos processos utilizados na gestão de regulação é o gerenciamento da fila de espera, sendo trazido à tona pelos participantes como um dos pontos para que ocorra a melhoria do processo regulatório, ampliando o acesso aos usuários.

Em relação aos valores de tensão dos *clusters* (grau de importância e valor de ponte) demonstrados no Mapa de *Clusters*, segundo a análise de abrangência a qual foi traduzida pelas ligações que refletiram as aproximações das classificações das ideias e considerando os valores de ponte encontrados^{32,35}, inferiu-se que o *Cluster 1- Conceitos de Regulação* (grau de importância = 2,81 e valor de ponte = 0,33) e o *Cluster 4- Desafios da Regulação* (grau de importância = 3,29 e valor de ponte = 0,37) apresentaram distâncias mais próximas entre seus *Statements* se comparados à distância entre o *Cluster 2 – Finalidades da Regulação* (grau de importância = 2,69 e valor de ponte = 0,83) e o *Cluster 3 – Processo Regulatório* (grau de importância = 3,50 e valor de ponte = 0,07).

Isto quer dizer que os *clusters* que estão próximos são mais similares conceitualmente do que os *clusters* mais afastados¹⁸¹, ou seja, demonstra que os Conceitos relacionados aos Processos Regulatórios informados e classificados pelos participantes estão diretamente vinculados aos Desafios de regulação, indicando, assim, um caminho viável para superá-los para atingir as Finalidades esperadas. Destaca-se o *Cluster 3* – Processo Regulatório que apresentou o grau de importância mais elevado (3,50), demonstrando maior coesão entre as ideias relatadas pelos participantes, de acordo com o menor valor de ponte (0,07) apresentado.

De fato, ideias que remeteram aos Conceitos de regulação (*Cluster 1*) estão mais relacionadas com os Desafios (*Cluster 4*) a serem enfrentados. Por outro lado, há um distanciamento do que se tem como Processo Regulatório *per si* (*Cluster 3*) e as Finalidades da regulação (*Cluster 2*). A distância não foi o reflexo apenas da forma como foram classificados os *Statements/declarações*, mas como cada ponto teve seu próprio conjunto de relacionamentos, de modo que cobriu a ideia básica a que se relacionou, fortalecendo a ligação entre elas.

Assim, considerando o conteúdo das falas dos participantes, a aplicação do mapeamento conceitual pode demonstrar um conhecimento bem fundamentado sobre os processos de regulação analisados voltados para o princípio da equidade. Notadamente, o mapeamento conceitual como recurso metodológico, concentrou diferentes perspectivas, conhecimentos e experiências no sentido de se encontrar soluções para a resolução de problemas em saúde pública, tornando-se uma ferramenta factível na avaliação de processos colaborativos e participativos, como é o caso da regulação do acesso em que se exigem, ao mesmo tempo, uma sistematização e padronização dos processos, confiabilidade e transparência da informação.

Os pontos de estrangulamento identificados nos processos regulatórios analisados e identificados no mapeamento conceitual estão representados de acordo com os elementos centróides ilustrados em cada *cluster*. Assim, foram identificados que a transparência das informações (*Statement 3, Cluster 1*), o controle e monitoramento (*Statement 24, Cluster 2*), o nível de prioridade assistencial dado aos casos regulados (*Statement 19, Cluster 3*) e a melhoria da gestão da regulação (*Statement 12, Cluster 4*) são pontos que necessitam de maior atenção ao se pensar no planejamento de novas ações para os processos regulatórios em saúde no DF.

Ao sinalizar tais pontos de estrangulamento, o mapeamento conceitual fornece subsídios e se mostra como um instrumento norteador para a gestão dos processos regulatórios considerando a perspectiva do planejamento, avaliação, controle, monitoramento e tomada de decisão. A visão que o mapeamento conceitual forneceu como diagrama hierárquico na regulação em saúde, refletiu a realidade das relações e processos desenvolvidos baseados em seus valores conceituais, uma vez que operou com diferentes preceitos epistemológicos e cruzou fronteiras disciplinares¹⁸⁵.

Sob esta lógica, as análises realizadas resultaram em ferramentas gráficas para a organização e representação do conhecimento sobre o processo de regulação, abordando, simultaneamente, a questão do desenvolvimento de uma teoria baseada em evidências, construindo, assim, uma estrutura teórica para um tópico complexo com o intuito de orientar o planejamento e a avaliação.

Para o contexto atual da regulação em saúde no DF, essas ferramentas gráficas puderam sinalizar as vias condutoras rumo ao cumprimento efetivo da equidade, quando demonstraram a relação de importância entre todos os aspectos envolvidos nos processos regulatórios e as relações significativas entre todas as variáveis consideradas.

Entretanto, faz-se necessário, repensar sobre a forma de avaliação a ser adotada sobre os processos regulatórios vigentes, sugerindo-se uma possível constituição de um grupo de especialistas para esta finalidade dentro do CRDF, uma vez que não há tal desenho estruturado no organograma do Complexo. Um processo de avaliação contínuo e permanente pode contribuir para alinhar os processos de trabalho na regulação a fim de cumprir as prioridades estabelecidas, levando-se em conta uma gestão mais participativa e inclusiva.

No entanto, ao se pensar na instituição de uma prática de avaliação contínua, esbarra-se, primeiramente, na ausência de tal prática por parte do próprio gestor federal e na escassez de métodos avaliativos comprovadamente validados⁶⁷ que auxiliem na tomada de decisão e planificação de ações em busca da eficiência e da efetividade da prática regulatória.

Neste sentido, este estudo ao encontrar sustentabilidade científica na aplicação do mapeamento conceitual nos processos de regulação em saúde no DF, assume também a característica de um estudo de avaliabilidade da política regulatória vigente, porém se depara com a limitação da disponibilidade e adaptação desta metodologia

como um dificultador para a gestão pública da saúde, abrindo caminho para novas pesquisas.

A adoção do mapeamento conceitual foi tida como um facilitador para visualizar grupos temáticos resultantes dos processos estudados, o que permitiu identificar os pontos de estrangulamento e ao mesmo tempo, também pode nortear o consenso para a ação e conseqüentes melhorias tanto para a promoção da saúde quanto para o aprimoramento da equidade na saúde em diversos contextos.

As ações prioritárias, portanto, identificadas neste estudo com a aplicação do mapeamento conceitual para promoverem a integração e a interação dos processos regulatórios analisados, complexos por natureza, deverão estar voltadas à melhoria da transparência das informações, à otimização do controle e monitoramento dos processos, ao alinhamento de conduta profissional frente à avaliação sobre o nível de prioridade assistencial dado aos casos regulados por meio de capacitação/treinamento de todas as equipes, o que induzirá, possivelmente à uma gestão de excelência para a efetividade de um acesso equânime, racional e oportuno aos usuários do sistema de saúde. Contudo, é preciso refletir sobre a relação entre ter uma oferta de serviços e dar o acesso efetivo, uma vez que este deve atender às necessidades da população, considerando as desigualdades sociais existentes.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas de saúde em geral apresentam questões extremamente complexas no que diz respeito ao acesso dos usuários aos serviços de saúde. Busca-se na regulação um meio de se garantir tal acesso, ao utilizar estratégias que possam adequar a relação entre a oferta e a demanda dos serviços, primando pela obtenção de um acesso equânime, integral e com qualidade. Cumpre-se, deste modo, o propósito de ajustar a oferta disponível no SUS às necessidades do cidadão, de forma justa e racional, sendo este um dos desafios prementes aos gestores do SUS.

O Estado por sua vez ao utilizar a regulação, reconhece-a como um potente instrumento de gestão, entretanto, há de se debater a utilização desse instrumento sob a ótica da transição do Estado provedor para o Estado garantidor da produção dos serviços públicos, visto que a regulação, por meio das autoridades governamentais, interfere na prestação desses serviços. Ao que parece, essa concepção pressupõe especialmente uma regulação pelo lado da oferta, mas também pode compreender mecanismos de regulação da demanda, pela adoção de critérios quanto à prioridade de atendimento e à organização de fluxos dos usuários.

A regulação em saúde, teoricamente, deve contribuir para otimizar a utilização dos serviços, em busca da qualidade da ação, da resposta adequada aos problemas clínicos e da satisfação dos usuários, sem que ocorra a fragmentação do cuidado, considerando as redes de atenção à saúde. Todavia, faz-se necessário repensar a prática regulatória vigente e os dispositivos utilizados, no sentido de se estabelecer parcerias entre todos os atores envolvidos, de modo a se ter uma agregação total ao processo e não mais uma regulação particularizada da saúde.

A despeito do caráter recente do processo regulatório na saúde pública no contexto nacional, percebe-se a sua dinamicidade frente aos vários modos de se fazer a regulação, o que tem resultado numa prática regulatória de caráter mais social, em virtude das relações desenvolvidas em todos os níveis de atenção e também com atores intersetoriais. É o *aprender fazendo*, de forma responsável, compromissada com a equidade, minimizando as amarras burocráticas enraizadas do sistema para maximizar a empatia coletiva. Cabe ao gestor, como efetivador das políticas públicas, o dever de acompanhar os processos empregados para que, juntamente com seus pares, estabeleçam as prioridades das ações, levando em consideração o bem social, dentro de uma lógica mais participativa.

Para tanto, novas ferramentas devem ser ponderadas uma vez que a regulação se apresenta como um norteador para as ações de planejamento, avaliação, controle e monitoramento nos diversos níveis de atenção à saúde. Contempla-se aqui o uso do mapeamento conceitual como uma ferramenta estratégica de gestão indutora de melhorias dos processos de trabalho até mesmo os mais complexos, como é o caso da regulação em saúde. Neste sentido, esta pesquisa, ao aplicar o mapeamento conceitual, analisou e compreendeu tal complexidade por associar diversas óticas sobre os tópicos de interesse, estabelecendo a relação entre eles, dando ao gestor a possibilidade de decidir com base na relação intrínseca entre os fatores envolvidos ou no mais alto valor de impacto gerado pelo mapeamento conceitual.

O desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, mediante a indução, geração, aplicação do conhecimento e incorporação de tecnologias deve objetivar a compreensão e a resolução de problemas de saúde, com ênfase na qualidade e na eficiência das ações e serviços de saúde. Metodologicamente, o uso do mapeamento conceitual neste estudo, mostrou-se um instrumento de análise diferenciado, pois contribuiu na identificação de mecanismos causais relacionando-os entre si para melhor compreensão da complexidade do processo regulatório vigente. Refletiu a lógica do conhecimento embutida nas ideias expressas pelos participantes, assim como a síntese de visões de diferentes partes interessadas (*Stakeholders*). Colocou em relevo as perspectivas divergentes e convergentes, criando, coletivamente, elementos que orientam a priorização dos processos de trabalho e possíveis melhorias no planejamento e avaliação em um processo de cocriação.

Como uma das limitações do estudo, apesar da vasta aplicação do mapeamento conceitual referenciada em várias áreas do conhecimento em todo o mundo, notou-se que ainda há uma escassez de estudos publicados na área da saúde e a inexistência de estudos publicados no Brasil sobre a aplicação do mesmo em processos de regulação em saúde. Outra limitação foi a indisponibilidade do software *Concept Systems*® em língua portuguesa, sendo necessário fazer as devidas adaptações para o cumprimento das etapas preconizadas. Há de se ressaltar, ainda, a escassa disponibilidade de *softwares* brasileiros para a construção de mapeamento conceitual.

Mais uma limitação, já que o mapeamento conceitual subsidia o processo de avaliação, foi a inexistência de métodos de avaliação voltado especificamente para área de regulação em saúde no Brasil, sob comando federal, ficando a cargo dos

gestores municipais e estaduais a delimitação de indicadores de desempenho, muitas vezes não validados, o que compromete o processo avaliativo.

A agenda futura, nesta ótica, além de recomendar novas pesquisas para aprofundamento do tema por sua complexidade e amplitude, sugere a reflexão quanto à possibilidade de uso do mapeamento conceitual por legisladores brasileiros na formulação de políticas públicas de saúde baseadas nas prioridades encontradas como produto final dessa metodologia, e também por desenvolvedores de programas para criação de aplicativos ou *softwares*, considerando a reserva de mercado. Na mesma linha, é necessário repensar o mapeamento conceitual como um dispositivo possível para promover a discussão interdisciplinar, e até mesmo intersetorial, no intuito de facilitar a organização de conceitos e proposições a serem trabalhados em projetos complexos na área da saúde.

O presente estudo contribuiu para mostrar a potencialidade do mapeamento conceitual como um instrumento importante na gestão da regulação em saúde no DF quando explicita a necessidade da execução de ações prioritárias voltadas à capacitação dos profissionais, ampliação da transparência da informação e alinhamento sobre o nível de prioridade assistencial dado aos casos regulados. Além do mais, pode subsidiar o processo avaliativo tão necessário à qualificação do sistema de saúde brasileiro que tem como prerrogativa a universalidade do acesso. Isto, indubitavelmente, induzirá melhorias para garantir não só um acesso efetivo, racional e oportuno aos usuários, mas também a acessibilidade, a equidade e, por conseguinte, a integralidade da atenção à saúde, respondendo, assim, à questão norteadora levantada inicialmente.

7. REFERÊNCIAS

1. Assis MM, Jesus WL. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cien Saude Colet.* 2012;17(11): 2865-2875.
2. McIntyre D, Mooney G, (org.). *The economics of health equity.* New York: Cambridge University; 2007.
3. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974;9(3): 208-20.
4. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica.* 2012;31(3): 260–8.
5. Cechinel C. *Regulação em Saúde: um diálogo com o princípio da equidade [dissertação].* Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
6. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. *Cien Saude Colet.* 2012;17: 921-34.
7. Starfield B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: Starfield B, organizador. *Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.* Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/ Ministério da Saúde; 2002. p.207-45.
8. Piola SF, Viana SM, (org.). *Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde.* Brasília: IPEA; 1995.
9. Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In C Eibenschutz (org.). *Política de saúde: o público e o privado.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p.177-198
10. Jewel T, Wilkinson J. Health and social care regulation in Wales: an integrated system of political, corporate and professional governance for improving public health. *JRSH.* 2008;128(6): 306-12.
11. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde debate.* 2012;36(95): 640-7.
12. Crozier, Michel. *Estado modesto, Estado moderno. Estratégia para uma outra mudança.* Brasília: Funcep; 1989.
13. Albuquerque MS, Lima LP, Costa AM, Filho DA. Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. *Saude Soc.* 2013;22(1): 223-36.
14. Lima MRM, Silva MVS, Bezerra CJW, Silva LMS, Dourado HHM, Silva AA. Regulação em saúde: conhecimento dos profissionais da estratégia saúde da família. *Rev Rene.* 2013;14(1): 23-3.
15. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis.* 2011;19: 604-9.
16. Scriven E. The future of regulation and governance. *JRSH.* 2007;127(2): 72-77.
17. Vilarins GCM. *Regulação do acesso à terapia intensiva no Distrito Federal: um estudo exploratório. [dissertação].* Brasília: Universidade de Brasília; 2012.

18. Castro JD. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*. 2002;4(7): 122-135.
19. Locks MTR. Central de marcação de consultas da grande Florianópolis: um estudo de caso. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
20. Barros FPC, Amaral TCL. Os desafios da regulação em saúde no Brasil. *An Inst Hig Med Trop*. 2017;16(Supl. 3): S39- S45.
21. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria MS/GM nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2008; 4 ago. . [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
22. Ministério da Saúde (Brasil). Controle, regulação e avaliação. Brasília, DF; 2002.
23. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria da Assistência à Saúde. Regulação no setor de saúde: em direção aos seus fundamentos públicos. Brasília, DF; 2004.
24. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
25. Batista SR, Vilarins GCM, Lima MG, Silveira TB. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. *Ciênc. saúde colet*. 2019;24(6): 2043-2052.
26. Vilarins, GCM. Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. *Com. Ciências Saúde*. 2010;21(1): 81-84.
27. Trochim WM, Hindsight is 20/20: Reflections on the evolution of concept mapping, *Evaluation and Program Planning*. Cornell University; 2016.
28. Kremer R. Visual Languages for Knowledge Representation. In: *Proceedings of KA W'98 Eleventh Workshop on Knowledge Acquisition, Modelling and Management*. Canada; 1995. p.124-129.
29. Kolb DG, Shepherd D. Concept mapping organizational cultures. *Journal of Management Inquiry*. 1997;6: 282-95.
30. Pammer W, Haney M, Wood BM, Brooks RG, Morse K, Hicks P, Handler EG, Rogers H, Jennett P. Use of Telehealth to extend child protection team services. *Pediatrics*. 2001;108: 584–590.
31. Trochim WM, Cook JA, Setze RJ. Using concept mapping to develop a conceptual framework of staff's views of a supported employment program for individuals with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol*. 1994;62: 766-775.
32. Trochim W, Kane M. Concept mapping: An introduction to structured conceptualization in health care. *Int J Qual Health Care*. 2005;17(3): 187–91.
33. Trochim WM, Cabrera DA, Milstein B, Gallagher RS, Leischow SJ. Practical challenges of systems thinking and modeling in public health. *Am. J. Public Health*. 2006;96: 538–46.
34. Kane M, Trochim WM. *Concept mapping for planning and evaluation*. Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications; 2007.

35. Trochim WM: An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Eval Program Plann.* 1989;12: 1-16.
36. Eden C, Ackermann F. Strategy development and implementation the role of a group decision support system. In: Bostrom RP, Watson RT, Kinney (Ed.). *Computer augmented teamwork: a guided tour.* New York: Van Nostrand Reinhold; 1992.
37. Anderson LA, Slonim A. Perspectives on the strategic uses of concept mapping to address public health challenges. *Evaluation and Program Planning.* 2017;60: 194–201.
38. Donnelly JP. A systematic review of concept mapping dissertations. *Evaluation and Program Planning.* 2017; 60: 186–193.
39. Goicolea I, Carson D, San Sebastian M, Christianson M, Wiklund M, Hurtig AK. Health care access for rural youth on equal terms? A mixed methods study protocol in northern Sweden. *Int J Equity Health.* 2018;17(1): 6.
40. Bradbury-Jones C, Breckenridge JP, Devaney J, Duncan F, Kroll T, Lazenbatt A, Taylor J. Priorities and strategies for improving disabled women’s access to maternity services when they are affected by domestic abuse: a multi-method study using concept maps. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2015;15: 350.
41. Ahmad F, Mahmood S, Pietkiewicz I, McDonald L, Ginsburg O. Concept mapping with South Asian immigrant women: barriers to mammography and solutions. *J Immigr Minor Health.* 2012;14(2): 242–50.
42. Vives-Cases C, Goicolea I, Hernández A, Sanz-Barbero B, Davó-Blanes MC, La Parra-Casado D. Priorities and strategies for improving Roma women’s access to primary health care services in cases on intimate partner violence: A concept mapping study. *Int. J. Equity Health.* 2017;16: 1–10.
43. Figueiredo TA, Hartz ZMA. Avaliação de desempenho da regulação em saúde. *An Inst Hig Med Trop.* 2017;16(Supl. 3): S19 - S28.
44. Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
45. Mello Filho MSB. Quarenta anos de Escola Francesa da Regulação. *Economia E Sociedade.* 2019;28(1): 25-29.
46. Jessop B, Sum NL. Beyond the regulation approach: putting capitalista economies in their place. Cheltenham: Edward Elgar; 2006.
47. Fiani R. Afinal, a quais interesses serve a regulação? *Economia E Sociedade.* 2004;13: 81-105.
48. Boyer R. A teoria da regulação: uma análise crítica. São Paulo: Nobel; 1990.
49. Romeiro, AR, Silveira JMJ. A teoria da regulação e o enfoque setorial: o papel de destaque da agricultura. In: *Estudos Econômicos.* São Paulo: USP. 1997;27(3).
50. Conceição OAC. Instituição, crescimento e mudança na ótica institucionalista. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística Siegfried Emanuel Heuser; 2001.

51. Canuto O. O aporte da regulação à crise capitalista. In: Anais do Encontro Nacional de Economia. ANPEC;1988.
52. Theret B. A teoria da regulação e as transformações contemporâneas do sistema internacional dos Estados e da Economia mundial. In: Regulação Econômica e Globalização (org.). Campinas, SP: UNICAMP;1998.
53. Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. Cad. saúde colet. Rio de Janeiro. 2016;24(1): 49-54.
54. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. Interface (Botucatu). 2006;10(19): 25-41.
55. Bastos LBR, Barbosa MA, Bastos DS. Regulação da saúde no Brasil: conceitos, governança e acesso. Enferm Bras. 2020;19(4): 336-44.
56. Maia C, Guilhem D. A regulação sanitária brasileira como parte da política de saúde: lacunas e desafios. Rev Panam Salud Publica. 2016;39(5) :226–31.
57. Fleury S. A natureza do Estado capitalista e das políticas públicas. In: Fleury S. Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 11-57.
58. Ministério da Saúde (Brasil). Qualificação de Gestores do SUS. Gondim R, Grabois V, Mendes W (org.). Rio de Janeiro: EAD/Ensp; 2011. 480 p.
59. Salgado LH. Agências regulatórias na experiência brasileira: um panorama do atual desenho institucional. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2003.
60. OPAS. A política de regulação do Brasil. Schilling CM, Reis AT, Moraes JC (orgs.). Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2006. 116 p.: il. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 12).
61. Silva GHT. Regulação sanitária no Brasil: singularidades, avanços e desafios. In: Proença JD, Costa PV, Montagner P, editores. Desafios da regulação no Brasil. Brasília: ENAP; 2009: 215–62.
62. Ibanhes LC *et al.* Governança e regulação em saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007;23(3): 575-584.
63. Walshe K. Regulating healthcare: a prescription for improvement? Philadelphia (USA): Open University Press; 2003.
64. Barbieri AR, Hortale VA. Relações entre regulação e controle na reforma administrativa e suas implicações no sistema de saúde brasileiro. Rev. Adm. Pública. 2002; 36(2): 181-194.
65. Ferreira AS. Do que falamos quando falamos de regulação em saúde? Análise Social. 2004;39(171): 313-337.
66. Farias SF *et al.* A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. Ciênc. saúde coletiva. 2011;16(Suppl 1): S1043-53.
67. Figueiredo TA, Angulo AT, Hartz Z. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. Physis. 2019;29(2): e290215.

68. Andreazzi MFS. Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: Montone J; Werneck A. (Org.) Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2004. p.121-46.
69. Anjos JN. Regulação no setor da saúde: análise de direito comparado - Portugal, Reino Unido, França e Espanha. Publicações CEDIPRE On-line 2015; 26. [recurso eletrônico]. Disponível em: https://www.fd.uc.pt/cedipre/wp-content/uploads/pdfs/co/public_26.pdf
70. Simões J, Lima LV. A regulação da saúde em Portugal. An Inst Hig Med Trop. 2017;16(Supl. 3): S29 - S37.
71. Holmes-Bonney K. Managing complaints in health and social care. Nurs Manag (Harrow). 2010;17(2): 10.
72. Rechel B, Blackburn CM, Spencer NJ. Regulatory barriers to equity in a health system in transition: a qualitative study in Bulgaria. BMC Health Serv Res. 2011;11: 219.
73. Boileau L. INESSS - A key player in the regulation of Québec's health and social services system. An Inst Hig Med Trop. 2017;16(Supl. 3): S55 - S60.
74. Field RI. Regulation of health care in the United States: complexity, confrontation and compromise. An Inst Hig Med Trop. 2017;16(Supl. 3): S61 - S70.
75. Cavalcanti RP, Cruz DF, Padilha WWN. Desafios da Regulação Assistencial no Sistema Único de Saúde. Rev.Bras.de Ciências da Saúde. 2018;22(2): 181-188.
76. Cecilio LCO, Carapineiro G, Andreazza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. Cad Saúde Pública. 2014;30: 1502-14.
77. Barroso J. O estado, a educação e a regulação das políticas públicas. Educ.Soc. Campinas. 2005;26(92): 725-751.
78. Presidência da República (Brasil). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
79. Dallari SG. O direito à saúde. Rev Saúde Pública. 1988;22(1): 57-63.
80. Ministério da Saúde (Brasil). Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>
81. Sousa SLS, Borges SN. A judicialização da saúde no Brasil e a regulação da saúde suplementar através da Agência Nacional de Saúde. Rev. de Direito Sociais e Políticas Públicas. 2020;6(1): 122-142.
82. Ministério da Saúde (Brasil). 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]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 227 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_regulacao_SUS_1ed_eletronico.pdf

83. Arretche M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003;8(2): 331-345.
84. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução nº. 258, de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica (NOB 01/91) que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS para 1991. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf
85. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 234, de 07 de fevereiro de 1992. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB 01/92). [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf
86. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS para 1993 (NOB 01/93). [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf
87. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 2.203, de 05 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1996 (NOB 01/96). [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html
88. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 95, de 26 de janeiro de 2001. Amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios (NOAS 01/01). [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/legislacao.php?esc=4#LS>
89. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Atualiza as prerrogativas emanadas pela NOAS 01/01, que tem seus efeitos cessados a partir da publicação da NOAS 01/2002 (NOAS 01/02). [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOAS%2001%20de%202002.pdf>
90. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 423, de 09 de julho de 2002. Aprova o detalhamento das atribuições básicas inerentes a cada nível do Governo no controle, regulação e avaliação da Assistência à Saúde no SUS. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/7143-423?format=pdf>
91. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Pactos pela Saúde)
92. Freire MP, Louvison M, Feuerwerker LCM, Chioro A, Bertussi D. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saude soc. São Paulo*. 2020;29(3): e190682.

93. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Regulação em Saúde. Brasília: CONASS; 2007. 174 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 10)
94. Albieri FAO, Cecilio LCO. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. Saúde debate. 2015;39: 184-195.
95. Feliciello D, Vilalba JP. Regulação em saúde no SUS. Campinas, SP: Unicamp; 2016.
96. Nascimento AAM, Damasceno AK, Silva MJ, Silva MVS, Feitoza AR. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. Cogitare Enferm. 2009;14(2):346–352.
97. Mesquita MAF. A regulamentação da assistência da saúde suplementar: legislação e contexto institucional. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002.
98. Presidência da República (Brasil). Lei nº. 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/legislacao-1/leis-ordinarias/legislacao-1/leis-ordinarias/1999#content>
99. Presidência da República (Brasil). Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/legislacao-1/leis-ordinarias/legislacao-1/leis-ordinarias/1999#content>
100. Nogueira RP. As agências reguladoras da saúde e os direitos sociais. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2002. p. 101-5. (Boletim de Políticas Sociais).
101. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde. Brasília, 2016b. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/06/MANUAL-DE-ORIENTACOES-PARA-CONTRATAcao-DE-SERVICOS-DE-SAUDE.pdf>
102. Cavalcante MTL. Cartão Nacional de Saúde e Central de Regulação de Ações de Saúde: tendências nas tecnologias de Informação em Saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
103. Nunes R, Rego G, Nunes C. Regulating Healthcare: the portuguese experience. 5th International Conference on Priorities in Health Care, 2004. [acesso em 15 de agosto de 2020]. Disponível em: <http://www.healthcarepriorities.org/4-10.html>
104. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil). Portaria nº. 104 de 20/07/2004. Implanta o Grupo Técnico de Regulação Assistencial - GTRA da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, com o intuito de estruturar o Complexo Regulador da assistência eletiva, cuja missão é regular de maneira sistêmica a referência no Distrito Federal e a interestadual, de pacientes que necessitem de assistência eletiva de atenção básica, de médio e de alta complexidade. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=45230

105. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil). Portaria nº. 189, de 07 de outubro de 2009. Implanta no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal o Complexo Regulador do Distrito Federal (CRDF), que será responsável pela regulação dos serviços de saúde da SES/DF vinculados ao SUS, sejam estes próprios, contratados ou conveniados. Diário Oficial do Distrito Federal 8 out 2009; Seção I. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=61490
106. Governadoria do Distrito Federal (Brasil). Decreto nº. 38.488. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=1145927889874c5187119a7627cf37e5
107. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil). Portaria nº. 199, de 06 de agosto de 2015. Atualiza as disposições da Portaria SES/DF nº 41, de 30 de agosto de 2006 e dá outras providências. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=52d86e612e97411397e02f7c21ad8dcb
108. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil). Portaria nº. 200, de 06 de agosto de 2015. Aprovar as Diretrizes e Critérios para admissão e alta em Unidades de Terapia Intensiva na SES/DF. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=334302f0b00946e097bea38bce4e3aa0
109. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria SAS nº. 55, de 24 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde - SUS, com inclusão dos procedimentos específicos na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html
110. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil). Portaria nº 48, de 11 de abril de 2005. Regulamenta os procedimentos administrativos referentes a concessão e operacionalização do Tratamento Fora do Domicílio - TFD aos pacientes atendidos pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=46605
111. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.294, de 25 de maio de 2017. Define, para o exercício de 2017, a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1294_29_05_2017.html
112. Presidência da República (Brasil). Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm

113. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil). Relatório Anual de Gestão, 2017. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/RAG-2017_CSDF_10.12.2018.pdf
114. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html
115. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Brasil). Portaria nº 1.388 de 12 de dezembro de 2018. Estabelece a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=61d302d0c57548879a1302b814e804d5
116. Presidência da República (Brasil). Lei Orgânica do Distrito Federal. Constitui a Lei Fundamental do Distrito Federal, com o objetivo de organizar o exercício do poder, fortalecer as instituições democráticas e os direitos da pessoa humana. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/66634/Lei_Org_nica_08_06_1993.html
117. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Distrito Federal). Síntese de Informações Socioeconômicas. Brasília: Codeplan; 2010. 89 p.
118. Presidência da República (Brasil). Lei Complementar nº 94, de 19 de fevereiro de 1998. Autoriza o Poder Executivo a criar a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno - RIDE e instituir o Programa Especial de Desenvolvimento do Entorno do Distrito Federal, e dá outras providências. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: <http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=94&txtAno=1998&txtTipo=190&txtParte.>
119. Secretaria de Estado de Saúde de Distrito Federal.(Brasil). Plano Distrital de Saúde 2020-2023. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf
120. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet. 2010;15(5): 2297-2305.
121. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
122. Pedrosa M, Malik AM. Healthcare value chain: A model for the Brazilian healthcare system. Science & Public Health. 2012;17(10): 2757-2772.
123. Ministério da Saúde (Brasil). 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-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. [citado em 2019 ago. 22]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf
124. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: MS; 2014.

125. Casanova AO, Cruz MM, Giovanella L, Alves GR, Cardoso GCP. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Cien Saude Colet.* 2017; 22(4): 1209-1224.
126. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS; 2015.
127. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva.* Rio de Janeiro. 2007 Abr;12(2): 335-342.
128. Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p.23-64.
129. Arendt, Hannah. A condição humana. Tradução de Roberto Raposo, posfácio de Celso Lafer. 10a. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007.
130. Ministério da Saúde (Brasil). 11a. Conferência Nacional de Saúde. Legislação Básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
131. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization; 1991.
132. Rawls J. Uma teoria da justiça. 2a. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
133. Escorel S. Os dilemas da equidade em saúde: aspectos conceituais. Brasília: OPAS; 2001.
134. Barros FPC, Mendonça AVM, Souza MF. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde debate.* 2016;40(110): 264-71.
135. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saúde soc.* 2016;25(1): 9-18.
136. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc. saúde coletiva.* 2010;15(1):161-170.
137. Rogers A, Flowers J, Pencheon D. Improving access needs a whole systems approach: and will be important in averting crises in the millennium winter. *BMJ.* 1999;319: 866-7.
138. Thiede M, Mcintyre D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. *Cad. Saúde Pública,* Rio de Janeiro. 2008;24(5):1168-73.
139. Vuori H. A qualidade de saúde. *Divulg Saúde Debate.* 1991;(3): 17-25.
140. Travassos CM, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2004;20(Suppl 2): S190-8.
141. Fundação Oswaldo Cruz (Brasil). PROADESS – Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento – Relatório Final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2011.

142. Donabedian A. Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press; 1973.
143. Chieffi AL, Barata RCB, Golbaum M. Acesso legal a medicamentos: uma ameaça ao sistema público de saúde do Brasil? *Health Services Research*. 2017;17: 499.
144. Pinzón-Flórez CE, Chapman E, Cubillos L, Reveiz L. Priorização de estratégias para enfrentar a judicialização da saúde na América Latina e no Caribe. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo. 2016;50-56.
145. Ventura M, *et al.* Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*, Rio de Janeiro. 2010;20(1): 77-100.
146. Biehl J, Socal MP, Gauri V, *et al.* Judicialização 2.0: compreendendo litígios sobre direito à saúde em tempo real. *Saúde Pública Global*. 2018;14(2):190-199.
147. Dallari SG. A construção do direito à saúde no Brasil. *Revista de Direito Sanitário*. 2009;9(3): 9-34.
148. Mota GP. Judicialização do acesso a leitos de UTI no Distrito Federal: dimensões clínica, ética e legal. [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2017.
149. Oliveira MRM, Delduque MC, Sousa MF, Mendonça AVM. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas? *Saúde debate*. Rio de Janeiro. 2015;39(105): 525-535.
150. Biehl J, Petryna A. Tratamentos jurídicos: os mercados terapêuticos e a judicialização do direito à saúde. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. Rio de Janeiro. 2016;23(1): 173-192.
151. Vieira FS. Ações judiciais e direito à saúde: reflexão sobre a observância aos princípios do SUS. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(2): 365-369.
152. Dallari SG. Aspectos particulares da chamada judicialização da saúde. *R. Dir. sanit.* 2013;14(1): 77-81.
153. Delalíbera LF. Análise de decisões judiciais que demandam leitos de UTI contra o Distrito Federal. [monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
154. Gomes FFC, Cherchiglia ML, Santos VC, Acurcio FA, Andrade EIG. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1): 31-43.
155. Ramos RS, Gomes AMT, Oliveira DC, Marques SC, Spindola T, Nogueira VPF. Access the Unified Health System actions and services from the perspective of judicialization. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24: 1-7.
156. Aith F, Bujdoso Y, Nascimento PR, Dallari SG. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. *R. Dir. sanit.* 2014;15(1): 10-39.
157. Campilongo CF. Política, sistema jurídico e decisão judicial. São Paulo: Saraiva; 2006.

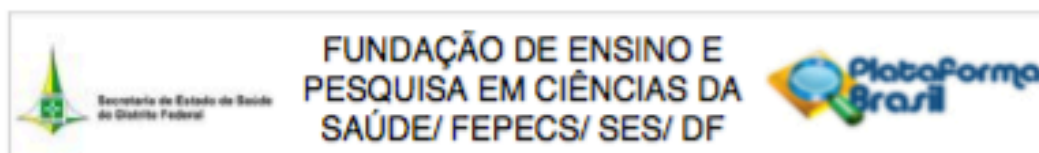
158. Faria JE. O sistema brasileiro de Justiça: experiência recente e futuros desafios. *Rev de Est Avançados*. 2004;51(18): 103-125.
159. Delduque MC, Marques SB, Romero LC. A saúde precisa de juizes epidemiologistas! *Saúde debate*. 2009;33(81): 80-87.
160. Van Bon-Martens MJH, Van de Goor IAM, van Oers HAM. Concept mapping as a method to enhance evidence-based public health. *Evaluation and Program Planning*. 2017;60: 213-228.
161. Novak JD, Musonda D. A twelve-year longitudinal study of science concept learning. *American Educational Research Journal*. 1991; 28(1):117-153.
162. Novak JD, Gowin DB. *Aprender a aprender*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas. Tradução de *Learning how to learn*. (1984). Ithaca, N.Y.: Cornell University Press;1996.
163. Ruiz-Moreno L, Sonzogno MC, Batista SHS, Batista NA. Mapa conceitual: ensaiando critérios de análise. *Ciência & Educação*. Bauru. 2007;13(3): 453-463.
164. Tavares R. Construindo mapas conceituais. *Ciências & Cognição*. 2007; 4(12): 72-85.
165. Novak JD, Cañas AJ. *The theory underlying concept maps and how to construct and use them*. Institute for Human and Machine Cognition Institute for Human and Machine Cognition; 2006.
166. Novak JD, Cañas AJ. A teoria subjacente aos mapas conceituais e como elaborá-los e usá-los. *Revista Práxis Educativa*. 2010;51): 9-29.
167. Moreira MA. *A teoria da aprendizagem significativa e sua implementação em sala de aula*. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
168. Bittencourtl GKGD, Schaurich D, Marini M, Crossetti MGO. Aplicação de mapa conceitual para identificação de diagnósticos de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. Brasília. 2011;64(5): 963-7.
169. Lins MPE, Netto SOA, de Castro Lobo MS. Multimethodology applied to the evaluation of Healthcare in Brazilian municipalities. *Health Care Management Science*. 2019;22:197–214.
170. Hackett KL, Lambson RL, Strassheim V, Gotts Z, Deary V, Newton JL. A concept mapping study evaluating the UK's first NHS generic fatigue clinic. *Health Expect*. 2016;19(5):1138–49.
171. Johnson DB, Quinn E, Sitaker M, Ammerman A, Byker C, Dean W, Fleischhacker S, Kolodinsky J, Pinard C, Pitts SBJ, Sharkey J. Developing an agenda for research about policies to improve access to healthy foods in rural communities: a concept mapping study. *BMC Public Health*. 2014; 14(1): 592.
172. Willging CE, Sommerfeld DH, Jaramillo ET, Lujan E, Bly RS, Debenport EK, Verney SP, Lujan R. Improving native American elder access to and use of health care through effective health system navigation. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1): 464.
173. Bussab W, Bolfarine H. *Elementos de amostragem*. São Paulo: Edgar Blucher; 2005.

174. Higgins JPT, Green S, editores. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. Version 5.0.2. The Cochrane Collaboration; 2009.
175. Joanna Briggs Institute (Austrália). Reviewer's Manual. Adelaide: Royal Adelaide Hospital; 2011.
176. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Plos Medicine. 2009;6(7): 1-6.
177. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. Universidade Federal de Santa Catarina [Internet]. 2013 [cited 2019 out 5]. Available from: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
178. Camargo BV, Justo AM. IRaMuTeQ: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas Psicol [Internet]. 2013 [cited 2019 out 5];21(2): 513-8. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>
179. Salvador PTCO, Gomes ATL, Rodrigues CCFM, Chiavone FBT, Alves KYA, Bezerril MS, Santos VEP. O uso do software IRaMuTeQ nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma scoping review. Rev Bras Promoç Saúde. 2018;31(Supl):1-9.
180. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRaMuTeQ software for data analysis in qualitative research. Rev Esc Enferm USP. 2018;52:1-7.
181. Concept Systems Inc. Software. Available from: <https://www.conceptsystems.com/home>.
182. Pina-Oliveira AA. Avaliação Translacional de Extensão em Núcleos Acadêmicos (ATENA): estudo de casos múltiplos sobre a promoção do desenvolvimento infantil [tese] [Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem; 2014. [citado em 2020 out.13]. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-16042015-155207/publico/TeseAlfredoAlmeidaPina_Oliveira2014.pdf
183. Oliveira LB. Efetividade das estratégias de ensino para o desenvolvimento do pensamento crítico em estudantes de graduação em enfermagem: revisão sistemática e metanálise [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2014. [citado em 2020 out.13]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-20012015-115618/pt-br.php>
184. Guichard A, Tardieu E, Dagenais C, Nour K, Lafontaine G, Ridde V. Use of concurrent mixed methods combining concept mapping and focus groups to adapt a health equity tool in Canada. Eval Program Plann. 2017;61:169–77.
185. Windsor LC. Using concept mapping in community-based participatory research: a mixed methods approach. J Mix Methods Res. 2013;7: 274-93.
186. Kuunders T, van Bon-Martens M, van de Goor IAM, Paulussen T, van Oers H. Towards local implementation of Dutch health policy guidelines: A concept-mapping approach. Health Promot Int. 2017;1:13.

187. Pauly B, MacDonald M, Hancock T, Martin W, Perkin K. Reducing health inequities: the contribution of core public health services in BC. *BMC Public Health*. 2013;13: 550.
188. Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla FA. Tool to analyze the transferability of health promotion interventions. *BMC Public Health*. 2013;13: 1184.
189. Smallman M. Public Understanding of Science in turbulent times III: Deficit to dialogue, champions to critics. *Public Underst Sci*. 2016;25(2):186-97.
190. Anderson LA, Day KL, Vandenberg AE. Using a concept map as a tool for strategic planning: The Healthy Brain Initiative. *Prev Chronic Dis*. 2011;8(5): A117.

8. ANEXOS

ANEXO A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MAPEAMENTO DA REGULAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL.

Pesquisador: GEISA VILARINS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67853517.2.0000.5553

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.120.644

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto para defesa de tese de Doutorado pela Universidade de Brasília. A proposta do estudo é promover a construção e análise do mapa conceitual da regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal, de modo a alcançar todos os níveis de complexidade assistencial. Será um estudo exploratório do tipo descritivo, com uma abordagem mista (quanti-qualitativa) a ser realizado na Secretaria de Estado de

Saúde do Distrito Federal. Seguirá 3 etapas antes dos resultados finais: 1. levantamento documental; 2. coleta de dados - entrevistas 3. análise estatística.

Objetivo da Pesquisa:

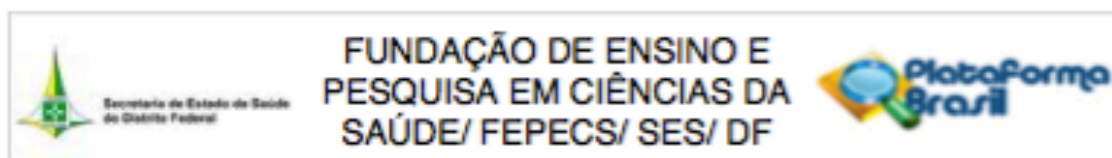
Objetivo Primário:

Analisar o mapa conceitual da regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal.

Objetivo Secundário:

1. Descrever a estrutura e o processo da regulação do acesso dos serviços públicos de saúde no DF;
2. Construir o mapa conceitual da regulação do acesso aos serviços públicos de saúde do DF;
3. Relacionar o processo de regulação do acesso aos serviços públicos de saúde aos diferentes

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.120.544

níveis de complexidade, sob a ótica do mapeamento conceitual;

4. Compreender a importância da regulação do acesso como instrumento de gestão na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Resposta de pendência:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, do tipo mista e não intervencionista com riscos mínimos associados, visto que na primeira etapa da pesquisa emprega técnicas e métodos retrospectivos de pesquisa em banco de dados documental, não se realizando nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas, morais,

intelectuais, sociais, culturais ou espirituais dos indivíduos que participam no estudo.

No entanto, na segunda fase do estudo, os sujeitos (gestores) responderão um questionário com questões relacionadas ao objeto de pesquisa e poderão apresentar algum desconforto ou constrangimento em participarem devido ao receio de serem identificados, mesmo estando a informação no TCLE que o anonimato será totalmente garantido. Neste sentido, reforça-se que a pesquisa resguardará todo tipo de identificação dos sujeitos envolvidos, sendo a pesquisadora a responsável pela manutenção, sigilo e guarda das informações obtidas, conforme prevê a Resolução CNS/MS nº 466, de 12/12/2012.

Como benefícios, a pesquisa pretende contribuir para o aprimoramento do sistema de regulação da SES/DF, bem como subsidiar os gestores com a disponibilização do mapeamento conceitual e sua aplicabilidade no planejamento e avaliação dos serviços relacionados com a regulação do acesso, otimizando assim, os processos de trabalho, além da produção de conhecimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador atendeu as solicitações de cumprimento de Pendências.

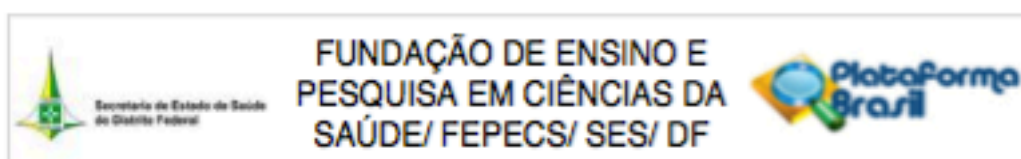
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. o TCLE foi corrigido e submetido em substituição à versão anterior.
2. Justificado em carta RESPOSTA DE PENDÊNCIA e apresentado o instrumento de coleta de dados.
3. Riscos e benefícios - cumprida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.120.644

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_883756.pdf	14/06/2017 09:41:16		Aceito
Outros	RESPOSTA_PENDENCIA_Doutorado_Geisa.pdf	14/06/2017 09:40:57	GEISA VILARINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_doutorado_Geisa.pdf	14/06/2017 09:39:58	GEISA VILARINS	Aceito
Outros	Curriculum_lattes_Diana.pdf	02/05/2017 11:39:11	GEISA VILARINS	Aceito
Outros	Curriculum_Lattes_Geisa.pdf	02/05/2017 11:38:28	GEISA VILARINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_concordancia_doutorado.pdf	18/04/2017 14:27:51	GEISA VILARINS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_doutorado.pdf	21/03/2017 08:10:42	GEISA VILARINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DOUTORADO_submetido.pdf	17/03/2017 13:17:57	GEISA VILARINS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

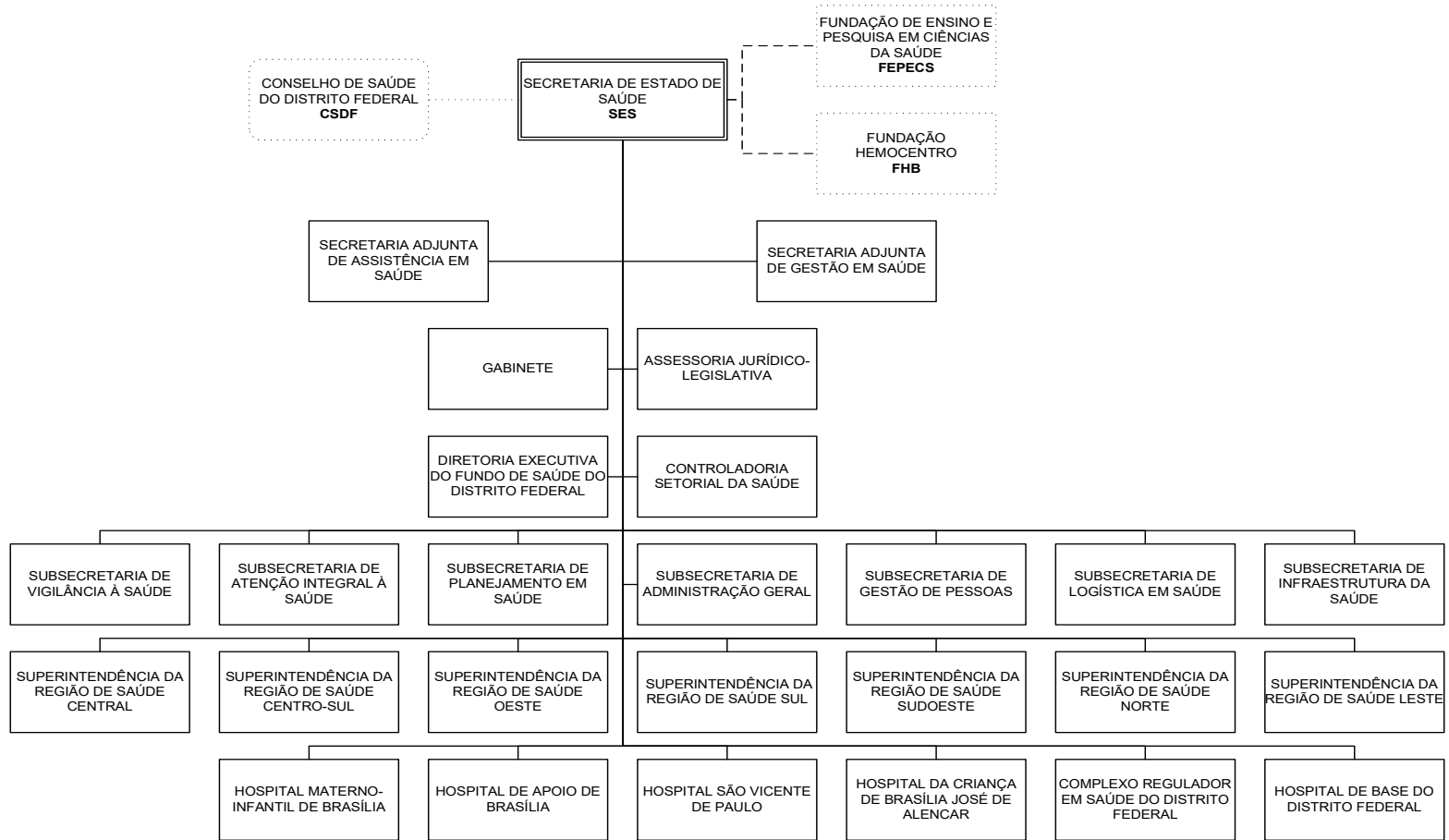
Não

BRASILIA, 14 de Junho de 2017

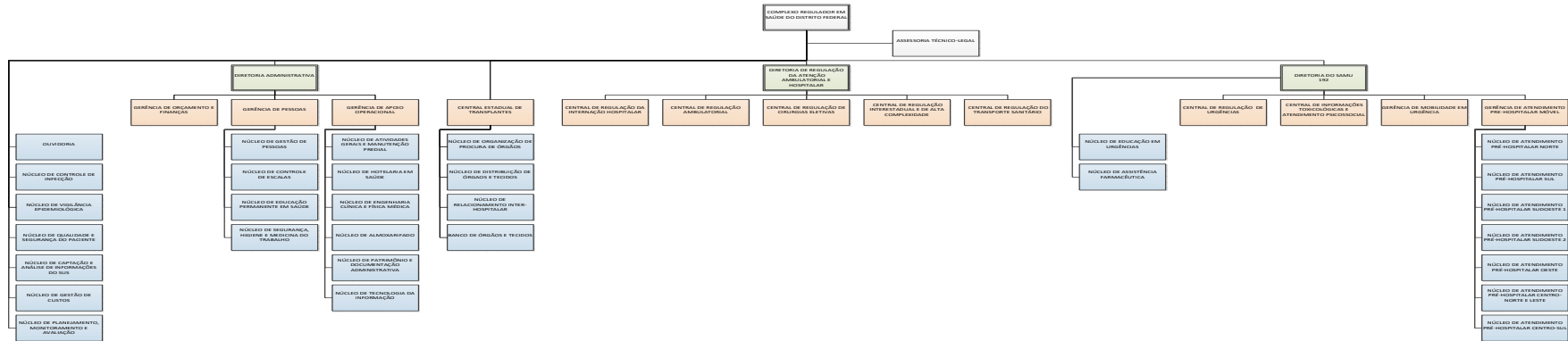
Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedetica.secretaria@gmail.com

ANEXO B – ORGANOGRAMA DA SES/DF, 2019



ANEXO C – ORGANOGRAMA DO CRDF, 2019



APÊNDICE 1

Quadro 4 - Principais atributos dos artigos da revisão integrativa sobre mapeamento conceitual na área da saúde

Nº	TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	MÉTODO/DESENHO	REFERENCIAL TEÓRICO DE MAPEAMENTO CONCEITUAL (MC)	CENÁRIO/CONTEXTO	PAÍS	AMOSTRA	PRINCIPAIS ACHADOS	LIMITAÇÕES
1	A tool to analyze the transferability of health promotion interventions	Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F/ 2013	Desenvolver e validar uma ferramenta para analisar a transferibilidade de intervenções de promoção da saúde.	Exploratório/ Descritivo	<i>Qualitativo:</i> MC em 6 fases. <i>Quantitativo:</i> análise estatística multivariada pelo Concept Systems (versão 4.0.1)	Trochim WMKM: An introduction to concept mapping for planning and evaluation. Eval Program Plann 1989, 12(1):1–16.	Promoção da Saúde	França	18 especialistas em promoção da saúde	Desenvolvimento da ferramenta (ASTAIRE) para intervenções na promoção da saúde.	Assegurar que a ferramenta possa ser adaptada a intervenções implementadas em contextos internacionais.
2	Concept Map on Health and Intellectual Property in Central America and the Dominican Republic	Garcia Delgado BM, Silva AP, Rodriguez JM/ 2019	Desenvolver um mapa conceitual da saúde pública e da propriedade intelectual na América Central e na República Dominicana para facilitar a identificação das principais barreiras que afetam o acesso à saúde, especialmente aos medicamentos.	Analítico	<i>Qualitativo:</i> análise documental e Metodologia para Geração e Gestão do Conhecimento (MGGC), que é integrada por 6 estágios.	Não informado	Acesso a medicamentos	República Dominicana	06 países objeto de estudo	Identificação do arcabouço legal, da estrutura institucional e das políticas, programas, planos e estratégias sobre saúde e propriedade intelectual, assim como um conjunto de barreiras que afetam negativamente o acesso a medicamentos e as soluções que os neutralizam.	Necessidade de aprofundamento da análise de todos os resultados produzidos no Relatório "Mapa Conceitual sobre Saúde Pública e Propriedade Intelectual"
3	Concept Mapping with South Asian Immigrant Women: Barriers to Mammography and Solutions.	Ahmad F, Mahmood Sadia, Pietkiewicz I, McDonald L, Ginsburg O/ 2011	Extrair experiências e crenças sobre as barreiras à mamografia e possíveis soluções junto às mulheres imigrantes da África do Sul com 50 anos ou mais.	Exploratório/ Descritivo	<i>Qualitativo:</i> MC com análise de conteúdo, formação dos clusters. <i>Quantitativo:</i> análise estatística Statistical Package for	Trochim WMK. Pattern matching, validity, and conceptualization in program evaluation. Eval Rev. 1985;9(5):575–604. 14. Trochim WMK. An introduction to	Saúde da Mulher	Canadá	60 mulheres imigrantes da África do Sul.	As descobertas do estudo avançam sobre as barreiras ao rastreamento da mamografia entre mulheres imigrantes do sul da Ásia e levantam possíveis soluções a partir da população-alvo de mulheres sub-	O estudo não estabelece vínculo causal sobre as percepções das mulheres imigrantes em relação aos seus comportamentos

Quadro 4 - Principais atributos dos artigos da revisão integrativa sobre mapeamento conceitual na área da saúde

Nº	TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	MÉTODO/DESENHO	REFERENCIAL TEÓRICO DE MAPEAMENTO CONCEITUAL (MC)	CENÁRIO/CONTEXTO	PAÍS	AMOSTRA	PRINCIPAIS ACHADOS	LIMITAÇÕES
					Social Sciences (versão 17)	concept mapping for planning and evaluation. Eval Program Plann. 1989;12(1):1-16.				rastreadas ou nunca examinadas.	os de rastreamento.
4	Critical considerations for the practical utility of health equity tools: a concept mapping study	Pauly <i>et al.</i> /2018	Identificar os principais elementos e temas relacionados aos pontos de vista dos líderes e profissionais de saúde pública sobre o que torna uma ferramenta de equidade em saúde prática e útil.	Exploratório/Descritivo	<i>Qualitativo:</i> MC em 6 fases <i>Quantitativo:</i> análise estatística multivariada pelo Concept Systems (versão ?)	Trochim WM, et al. Practical challenges of systems thinking and modeling in public health. Am J Public Health. 2006;96:538-46. Kane M, Trochim WM. Concept mapping for planning and evaluation. Thousand Oaks: Sage Publications; 2007.	Saúde Pública (Gestão)	Canadá	40 profissionais em saúde pública (trabalhadores e gestores)	Importância da facilidade de uso e de ter guias, modelos e recursos do usuário para aprimorar o uso de ferramentas de equidade.	Poucos estudos que abordem os aspectos teóricos ou práticos da seleção e implementação de ferramentas de equidade em saúde como uma intervenção para promover a ação sobre a equidade em saúde.
5	Developing an agenda for research about policies to improve access to healthy foods in rural communities: a concept mapping study	Johnson <i>et al.</i> /2014	Identificar os fatores associados ao acesso a alimentos saudáveis e acessíveis em comunidades rurais nos Estados Unidos e priorizar uma agenda de pesquisa de política alimentar rural significativa e viável.	Exploratório/Descritivo	<i>Qualitativo:</i> MC em 6 fases <i>Quantitativo:</i> análise estatística multivariada pelo Concept Systems (versão ?)	Kane M, Trochim WMK: Concept Mapping for Planning and Evaluation, Volume 50. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2007.	Saúde Alimentar/ Área rural	Estados Unidos	75	Criação de um mapa para orientar e priorizar a pesquisa sobre políticas para melhorar o acesso a alimentos saudáveis e acessíveis em comunidades rurais.	Necessidade de pesquisas com grupos focais sobre a viabilidade econômica do varejo de alimentos e a inter-relação do desenvolvimento econômico comunitário e acesso a alimentos.

Quadro 4 - Principais atributos dos artigos da revisão integrativa sobre mapeamento conceitual na área da saúde

Nº	TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	MÉTODO/DESENHO	REFERENCIAL TEÓRICO DE MAPEAMENTO CONCEITUAL (MC)	CENÁRIO/CONTEXTO	PAÍS	AMOSTRA	PRINCIPAIS ACHADOS	LIMITAÇÕES
6	Health care access for rural youth on equal terms? A mixed methods study protocol in northern Sweden	Goicolea I <i>et al.</i> / 2018	Propor um protocolo para pesquisar o impacto das estratégias dos serviços de saúde da juventude rural no acesso à saúde.	Exploratório/ Descritivo	<i>Qualitativo:</i> MC em 4 fases (mapeamento populacional, estratificação, análise temática dedutiva (Open Code 4.03) e MC <i>Quantitativo:</i> MC pela análise estatística multivariada pelo Concept Systems	Kane M, Trochim WMK. Concept mapping for planning and evaluation. SAGE: Thousand Oaks; 2007.	Saúde Área rural	Suécia	80 (jovens residentes em áreas rurais e stakeholders)	Geração de conhecimento que possa contribuir para o fortalecimento do acesso da juventude rural aos cuidados de saúde, bem como avanços na aplicação de métodos mistos para explorar o acesso aos cuidados de saúde.	Escassez de pesquisa no âmbito das políticas e planos de desenvolvimento rural, da saúde da juventude rural e do acesso desta aos cuidados de saúde.
7	Improving Native American elder access to and use of health care through effective health system navigation	Willging CE <i>et al.</i> / 2018	Produzir uma descrição holística e descritiva de como idosos americanos indianos se envolvem em programas de seguro público e sistemas complexos de saúde, para identificar e refinar estratégias para garantir que essa população negligenciada não permaneça excluída das reformas políticas de larga escala.	Exploratório/ Descritivo	<i>Qualitativo:</i> MC em 6 fases <i>Quantitativo:</i> Questionário fechado + MC pela análise estatística multivariada pelo Concept Systems	Trochim WM. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. Evaluation and Program Planning. 1989;12:1–16. Trochim WM, Milstein B, Wood BJ, Jackson S, Pressler V. Setting objectives for community and systems change: an application of concept mapping for planning a statewide health improvement initiative. Health Promot Pract. 2004;5(1):8–19. Trochim WM, Cabrera DA,	Seguro de saúde	Estados Unidos	96 idosos indianos americanos + 20 Stakeholders	Contribuição para a melhoria das práticas e políticas de saúde para uma população (idosos indianos americanos) que foi amplamente excluída das discussões nacionais e estaduais sobre a reforma do sistema de saúde.	Poucas informações sistemáticas sobre como os idosos indianos americanos compreendem e acessam os seguros e serviços estão disponíveis para ajudar os profissionais de saúde a identificar práticas eficazes.

Quadro 4 - Principais atributos dos artigos da revisão integrativa sobre mapeamento conceitual na área da saúde

Nº	TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	MÉTODO/DESENHO	REFERENCIAL TEÓRICO DE MAPEAMENTO CONCEITUAL (MC)	CENÁRIO/CONTEXTO	PAÍS	AMOSTRA	PRINCIPAIS ACHADOS	LIMITAÇÕES
						Milstein B, Gallagher RS, Leischow SJ. Practical challenges of systems thinking and modeling in public health. <i>Am J Public Health</i> . 2006;96(3):538–46.					
8	Mapping of health system functions to strengthen priority programs. The case of maternal health in Mexico	González -Block MA, Rouvier M, Becerril V, Sesia P/ 2011	Mapear e analisar as funções do sistema de saúde que os atores críticos encarregados de formular e fornecer programas de saúde prioritários consideram importante para seu sucesso.	Exploratório/ Descritivo	<i>Qualitativo:</i> MC em 6 fases. <i>Quantitativo:</i> análise estatística multivariada pelo Concept Systems	Trochim WMK: An Introduction to Concept Mapping for Planning and Evaluation. Cornell University; 1989 [http://www.socialresearchmethods.net/research/epp1/epp1.htm].	Saúde Materna	México	22 (ministros de saúde, médicos e diretores de finanças / administração , delegados de outros programas federais de medicina).	O mapeamento conceitual mostrou-se uma ferramenta útil para ordenar e compreender o conhecimento tácito que diversos atores do setor da saúde utilizam quando colaboram para um objetivo comum, porém altamente complexo, como a prevenção da mortalidade materna.	Fragilidade da política de saúde adotada para descentralizar as ações de combate à morte materna.
9	Priorities and strategies for improving disabled women's access to maternity services when they are affected by domestic abuse: a multi-method study	Bradbury-Jones <i>et al.</i> / 2015	Identificar as áreas prioritárias para melhorar o acesso aos serviços de maternidade para mulheres deficiente que sofrem abuso doméstico; desenvolver estratégias para	Exploratório/ Descritivo	<i>Qualitativo:</i> MC adaptado (entrevistas com grupos focais, análise de estrutura). <i>Quantitativo:</i> escala de Likert, análise descritivas e não paramétricas	Kane M, Trochim W. Concept mapping for planning and evaluation. Thousand Oaks: Sage; 2007.	Saúde Materna	Escócia	45 (profissionais de cuidados de maternidade)	A pesquisa mostrou que as mulheres com deficiência que sofrem abuso doméstico enfrentam inúmeras barreiras ao acesso aos cuidados de saúde por: 1) a falta de conhecimento por parte do pessoal e a ausência de	Escassez de estudos relacionados com deficiência em mulheres que sofrem abuso doméstico.

Quadro 4 - Principais atributos dos artigos da revisão integrativa sobre mapeamento conceitual na área da saúde

Nº	TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	MÉTODO/DESENHO	REFERENCIAL TEÓRICO DE MAPEAMENTO CONCEITUAL (MC)	CENÁRIO/CONTEXTO	PAÍS	AMOSTRA	PRINCIPAIS ACHADOS	LIMITAÇÕES
	using concept maps.		melhorar o acesso e a utilização; e explorar a viabilidade de implementar as estratégias identificadas.							dúvidas sobre abusos e incapacidades domésticas; 2) o impacto do abuso doméstico nas mulheres; 3) o medo das mulheres de divulgação.	
10	Priorities and strategies for improving Roma women's access to primary health care services in cases on intimate partner violence: a concept mapping study.	Vives-Cases C et al./2017	Integrar as opiniões dos informantes-chave sobre as principais ações necessárias para melhorar os serviços de atenção primária à saúde e as respostas dos profissionais às mulheres ciganas em uma situação de violência íntima pelo parceiro.	Exploratório/ Descritivo	<i>Qualitativo:</i> MC em 6 fases. <i>Quantitativo:</i> análise estatística multivariada pelo Concept Systems	Kane M, Trochim WMK. Concept Mapping for Planning and Evaluation. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.; 2007.	Saúde da Mulher/ Atenção Primária	Espanha	50 (mulheres que trabalhavam em grupos da sociedade civil cigana, profissionais de saúde primária e especialistas em violência doméstica).	Identificação de 55 propostas de ação geradas para melhorar a resposta dos cuidados de saúde primários às mulheres ciganas em uma situação de violência íntima pelo parceiro, e estas incluíram atividades de prevenção primária, secundária e terciária.	Visões diferentes de conhecimentos sobre a população cigana por parte da própria população e por parte dos profissionais sujeitos da amostra
11	Reducing health inequities: the contribution of core public health services in BC.	Pauly B et al./2012	Ajudar a garantir um sistema de saúde pública forte que apóie os provedores de saúde pública a ter o conhecimento, habilidades, ferramentas e recursos para empreender a promoção da equidade em saúde.	Exploratório/ Descritivo	<i>Qualitativo:</i> MC em 5 fases. <i>Quantitativo:</i> análise estatística multivariada pelo Concept Systems	Trochim WM: An introduction to concept mapping for planning and evaluation. Eval Program Plann 1989, 12:1–16. Burke J, O'Campo P, Peak G, Glelen A, McDonnell A, Trochim MK: An introduction to concept mapping as a participatory public health	Saúde Mental	Canadá	10 profissionais de saúde pública que trabalham diretamente no fornecimento de promoção de saúde mental e prevenção de danos de serviços / programas de	Os fundamentos desta pesquisa são perspectivas teóricas sobre sistemas adaptativos complexos, justiça social crítica e interseccionalidade, pois fornecem uma estrutura para teorizar sobre as estruturas institucionais e os múltiplos processos sociais que	Falta de clareza quanto ao grau em que a redução das iniquidades em saúde foi adotada como prioridade dentro do setor da saúde. Informações limitadas sobre a extensão da colaboração intersetorial

Quadro 4 - Principais atributos dos artigos da revisão integrativa sobre mapeamento conceitual na área da saúde

Nº	TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	MÉTODO/DESENHO	REFERENCIAL TEÓRICO DE MAPEAMENTO CONCEITUAL (MC)	CENÁRIO/CONTEXTO	PAÍS	AMOSTRA	PRINCIPAIS ACHADOS	LIMITAÇÕES
						research method. Qual Health Res 2005, 15:1392–1410. Kane M, Trochim WM: Concept Mapping for Planning and Evaluation. Thousand Oaks: Sage Publications; 2007.			uso de substâncias.	impactam o desenvolvimento das desigualdades em saúde em múltiplos níveis.	para reduzir as iniquidades em saúde, apesar das frequentes chamadas para esse tipo de colaboração. Proliferação de ferramentas de equidade em saúde na literatura que não foram submetidas a uma análise crítica e há pouca orientação prática para apoiar o uso de tais ferramentas.
12	Setting strategy for system change: using concept mapping to prioritise national action for chronic disease prevention	Wutzcke S et al./ 2017 (Trochim W)	Articular um conjunto prioritário de domínios de ação importantes e viáveis para subsidiar discussões e debates futuros sobre áreas prioritárias para políticas e estratégias de prevenção de doenças crônicas.	Exploratório/ Descritivo	<i>Qualitativo:</i> MC em 6 fases. <i>Quantitativo:</i> análise estatística multivariada pelo Concept Systems	Trochim W. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. Eval Program Plann. 1989;12(1):1–16. Trochim W, Kane M. Concept mapping: An introduction to structured conceptualization in health care. Int J Qual Health Care. 2005;17(3):187–91.	Prevenção de doenças crônicas	Austrália	170 acadêmicos, formuladores de políticas e profissionais.	Síntese da opinião de especialistas para criar um conjunto prioritário de ações específicas para a prevenção de doenças crônicas na Austrália em 12 áreas temáticas.	Escassez de pesquisas em todos os setores que têm um papel no impacto da prevenção de doenças crônicas, o que poderia promover mais impulso para a mudança do sistema e esforços colaborativos.

Quadro 4 - Principais atributos dos artigos da revisão integrativa sobre mapeamento conceitual na área da saúde

Nº	TÍTULO	AUTOR/ ANO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	MÉTODO/ DESENHO	REFERENCIAL TEÓRICO DE MAPEAMENTO CONCEITUAL (MC)	CENÁRIO/ CONTEXTO	PAÍS	AMOSTRA	PRINCIPAIS ACHADOS	LIMITAÇÕES
13	Towards local implementation of Dutch health policy guidelines: a concept-mapping approach.	Kuunders <i>et al.</i> / 2017	Desenvolver uma estratégia de implementação direcionada para uma diretriz de política municipal de saúde	Exploratório/ Descritivo	<i>Qualitativo:</i> MC em 5 fases. <i>Quantitativo:</i> software Ariadne	Trochim, W. (1989) An introduction to concept mapping for planning and evaluation. In Trochim, W. (ed.), A Special Issue of Evaluation and Program Planning, 12: 1–16. Kane, M. and Trochim, W. M. (2007) Concept mapping for planning and evaluation. Sage Publications, Thousand Oaks, CA, pp. 1–200. Severens, P. (1995) Manual for Concept Mapping using Ariadne (Handboek Concept Mapping met Ariadne). Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid/ Talcott BV Utrecht, pp. 5–6.	Políticas públicas de saúde em nível local	Holanda	50 (profissionais de saúde, stakeholders, formuladores de políticas, acadêmicos)	Indicação de possíveis metas para apoiar os processos de adoção e implementação dentro das organizações, desenvolvendo ferramentas de implementação práticas adicionais, incluindo métodos de rastrear o propósito individual de uso dos usuários.	Escassez de estudos sobre diretrizes para a definição de prioridades de saúde pública dentro de um contexto político-administrativo.

Quadro 4 - Principais atributos dos artigos da revisão integrativa sobre mapeamento conceitual na área da saúde

Nº	TÍTULO	AUTOR/ANO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	MÉTODO/DESENHO	REFERENCIAL TEÓRICO DE MAPEAMENTO CONCEITUAL (MC)	CENÁRIO/CONTEXTO	PAÍS	AMOSTRA	PRINCIPAIS ACHADOS	LIMITAÇÕES
14	Use of concurrent mixed methods combining concept mapping and focus groups to adapt a health equity tool in Canada	Guichard A <i>et al.</i> /2017	Identificar e priorizar um conjunto de condições a serem consideradas para incorporar uma ferramenta (GAALISS) de equidade em saúde na prática de saúde pública.	Exploratório/Descritivo	<i>Qualitativo:</i> MC em 6 fases. <i>Quantitativo:</i> análise por módulo próprio não comercializado (Provalis Research)	Kane, M., & Trochim, W. (2007a). Concept mapping for planning and evaluation, vol. 50, Sage Publications. Kane, M., & Trochim, W. M. K. (2007b). Concept mapping for planning and evaluation. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.	Promoção da Saúde	Canadá	39 (profissionais de saúde, gestores e de saúde pública)	Entendimento de questões relativas à implementação de uma ferramenta de equidade em saúde e os correspondentes desafios de alcançar saúde, levando em consideração a diversidade de culturas profissionais e organizacionais.	Durante o MC, os participantes não reconheceram seu trabalho individual nos resultados coletivos produzidos após a análise estatística do MC. Parecia que para alguns o processo não era intuitivo, e pode ter havido alguma confusão durante o processo, especialmente ao classificar os elementos e interpretar os dados. Assim, foi difícil para o facilitador levá-los a uma visão mais geral dos conceitos estabelecidos.
15	Using a concept map as a tool for strategic planning: The Healthy Brain Initiative.	Anderson LA, Day KL, Vandenberg AE/2011	Apresentar uma visão geral do mapeamento conceitual para profissionais de saúde pública e mostrar como as	Exploratório/Descritivo	<i>Qualitativo:</i> MC em 6 fases. <i>Quantitativo:</i> análise estatística multivariada pelo Concept	Trochim W, Kane M. Concept mapping: an introduction to structured conceptualization in health care. Int	Saúde Pública/ (Saúde Cognitiva)	Estados Unidos	50 (membros do comitê de direção e de áreas de cognição, envelhecimen	Identificação de um conjunto de 10 ações prioritárias, sob o ponto de vista estratégico na política de implementação.	Não relatado

Quadro 4 - Principais atributos dos artigos da revisão integrativa sobre mapeamento conceitual na área da saúde

Nº	TÍTULO	AUTOR/ ANO	OBJETIVO	TIPO DE ESTUDO	MÉTODO/ DESENHO	REFERENCIAL TEÓRICO DE MAPEAMENTO CONCEITUAL (MC)	CENÁRIO/ CONTEXTO	PAÍS	AMOSTRA	PRINCIPAIS ACHADOS	LIMITAÇÕES
			fases do processo de mapeamento de conceitos podem ser alteradas ou adaptadas para atender a requisitos especiais.		Systems	J Qual Health Care 2005;17(3):187-91. Trochim W. An introduction to concept mapping for planning and evaluation. Eval Program S11. Plann 1989;12(special issue):1-16.			to e saúde pública)		

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto: “*Mapeamento da regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no distrito Federal*”. O nosso objetivo é elaborar e analisar o mapa conceitual da regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal. A sua participação é voluntária. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará ao responder o questionário na data e hora que lhe for conveniente, conforme agendamento. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado para responder o questionário. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que você pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para você.

Os resultados da pesquisa serão divulgados pela Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda dos pesquisadores.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, entre em contato com a pesquisadora Geisa Vilarins, no telefone: [REDACTED], em qualquer horário.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF em ____/____/_____. As dúvidas com relação à assinatura deste termo ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser esclarecidas pelo Comitê de Ética e Pesquisa através do telefone: (61) 3325-4955 e pelo e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com os pesquisadores responsáveis e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome do entrevistado(a) ou responsável/ assinatura

Pesquisador assistente responsável / assinatura

Brasília, ____ de _____

APÊNDICE 3

1º SURVEY

REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA SES/DF

PESQUISA: "Mapeamento conceitual da regulação do acesso aos serviços públicos de saúde do DF"

Prezado(a) Colega,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **"Mapeamento conceitual da regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal"**, que faz parte da tese de doutorado da pesquisadora Geisa Vilarins, pela Universidade de Brasília. Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, conforme normas da Resolução CNS nº 466/2012 e registrada sob o CAAE nº 67853577.2.0000.5553. O intuito da pesquisa é buscar a opinião dos servidores das unidades de regulação que compõem o Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal (CRDF). Os resultados deste estudo poderão subsidiar melhorias nos processos regulatórios vigentes sob a ótica de planejamento, monitoramento e avaliação, bem como poderão condicionar o desenvolvimento de políticas públicas que visem promover avanços na otimização do acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde.

Sua opinião é muito importante e fundamental para o sequenciamento de estudos na área. A sua participação será por meio deste questionário que foi estruturado conforme a sua área de atuação na regulação. A sua opinião será marcada em uma Escala de Likert com cinco pontos. Os questionários serão identificados por números gerados a partir da sua participação, o que garantirá o anonimato e o sigilo das informações. Por isso, é importante que primeiramente você concorde em participar, o que caracterizará o Termo de Consentimento e somente após sua concordância em responder, as perguntas serão visualizadas.

Por fim, algumas informações sobre o preenchimento:

1. O questionário tem duas partes; a primeira caracteriza o seu perfil profissional e a segunda está voltada para a sua área de atuação dentro do CRDF.
2. Após cada resposta, clique no botão "OK" para confirmar e seguir.
3. O tempo médio de preenchimento é de 10 minutos.

Conto com sua colaboração!

Obrigada!

Geisa Vilarins

E-mail: ggvilarins@gmail.com

Tel: [REDACTED]

* 1. Caso concorde em participar, marque a opção abaixo:

- Sim, aceito participar.
- Não aceito participar.

1º BLOCO

PERFIL PROFISSIONAL

* 2. Qual a sua profissão?

- Enfermeiro (a)
- Médico (a)
- Outras áreas de nível superior (especifique no campo abaixo)
- Outras áreas de nível médio (especifique no campo abaixo)

* 3. Qual é o seu sexo?

- Feminino
 Masculino

* 4. Qual a sua idade?

- Até 25 anos
 25 a 35 anos
 35 a 45 anos
 45 a 60 anos
 Acima de 60 anos

* 5. Qual o seu grau de instrução?

- Ensino médio
 Graduação
 Especialização
 Mestrado
 Doutorado

* 6. A quanto tempo você trabalha na SES/DF?

- Menos de 1 ano
 Entre 1 a 5 anos
 Entre 5 a 10 anos
 Entre 10 a 15 anos
 Entre 15 a 20 anos
 Mais de 20 anos

* 7. A quanto tempo você trabalha na Regulação da SES/DF? (considere qualquer área de regulação: CERIH - UTI/UCIN/Leitos Gerais, CERA - consultas/exames/procedimentos, SAMU, CERAC/CNRAC/TFD, CERCE - cirurgias eletivas, CET - transplantes ou Gestão)

- Menos de 1 ano
 Entre 1 a 3 anos
 Entre 3 a 5 anos
 Entre 5 a 10 anos
 Entre 10 e 15 anos
 Mais de 15 anos

* 8. Possui algum curso na área de regulação em saúde? (Em caso positivo, marque apenas o de maior graduação)

- Nenhum
 Treinamento/capacitação
 Especialização
 Mestrado
 Doutorado

* 9. Em qual área de regulação você trabalha atualmente?

- Ambulatorial (**CERA** - consultas, exames e/ou procedimentos)
 Internação (CERIH - se sua carga horária for maior na regulação de Leitos de **UTI**)
 Internação (CERIH - se sua carga horária for maior na regulação de Leitos de **UCIN**)
 Internação (CERIH - se sua carga horária for maior na regulação de **Leitos Gerais**)
 Cirurgias Eletivas (**CERCE**)
 Alta Complexidade (**CERAC/CNRAC/TFD**)
 Urgências (**SAMU**)
 Transplantes (**CET**)
 GESTÃO da Regulação (atividades gestoras fora das centrais)

2º BLOCO

A partir da questão 9, o *survey* passa a ser direcionado por área de regulação (Ambulatorial, Internação/UTI/UCIN/Leitos Gerais, Cirurgias Eletivas, Alta Complexidade, Urgências, Transplantes e Gestão). Os itens são iguais para todas as áreas.

REGULAÇÃO AMBULATORIAL (CERA)

* 10. Sinto-me motivado(a) em trabalhar com regulação ambulatorial.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Raramente	Desmotivado (a)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 11. Tenho conhecimento do que trata a Política Nacional de Regulação (Portaria MS/GM nº 1.559/2008).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 12. Tenho conhecimento do que trata a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal (Portaria SES/DF nº 1.388/2018).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 13. Participei de treinamentos/capacitação/educação em serviço quando iniciei meus trabalhos na regulação ambulatorial da SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 14. O processo de regulação ambulatorial vigente na SES/DF considera os níveis de atenção em rede.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 15. A regulação ambulatorial tem se mostrado como um importante instrumento de gestão para a equalização da oferta de serviços e demanda dos usuários na SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 16. A quantidade de servidores que atuam na regulação ambulatorial é suficiente para atender as demandas geradas pelos processos de trabalho.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não atende
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 17. A judicialização interfere no processo de regulação ambulatorial.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 18. A estrutura organizacional é adequada ao processo regulatório ambulatorial.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não adequada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 19. A oferta lançada no SISREG III atende à demanda dos usuários da SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 20. O tempo entre a solicitação e a realização de consultas/exames/procedimentos sob processo regulatório é oportuno.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 21. O processo de regulação otimiza o acesso ambulatorial.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 22. O sistema informacional utilizado (SISREG III) é adequado ao processo de trabalho.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não adequado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 23. Tenho compreensão do processo de regulação do acesso ambulatorial (consultas, exames/procedimentos) utilizado na SES/DF.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não compreendo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 24. O que você entende por regulação do acesso ambulatorial?

* 25. Considerando a sua experiência na área de regulação do acesso ambulatorial, indique pontos fortes e desafios que poderiam melhorar os processos de trabalho.

* 26. Você gostaria de acrescentar comentário(s) sobre o processo de regulação ambulatorial?

* 27. Pressões externas influenciam os processos de trabalho relacionados à regulação ambulatorial.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

REGULAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (CERIH - UTI)

- * 28. Sinto-me motivado(a) em trabalhar com regulação de leitos de UTI.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Raramente	Desmotivado(a)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 29. Tenho conhecimento do que trata a Política Nacional de Regulação (Portaria MS/GM nº 1.559/2008).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 30. Tenho conhecimento do que trata a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal (Portaria SES/DF nº 1.388/2018).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 31. Tenho conhecimento das diretrizes elencadas nas Portarias SES/DF nº 199 e 200/2015 que regulamentam a CERIH (UTI).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 32. Participei de treinamentos/capacitação/educação em serviço quando iniciei meus trabalhos na regulação de leitos de UTI.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 33. O processo de regulação dos leitos de UTI vigente na SES/DF considera os níveis de atenção em rede.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 34. A regulação do acesso aos leitos de UTI tem se mostrado como um importante instrumento de gestão para a equalização da oferta de serviços e demanda dos usuários na SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 35. A quantidade de servidores que atuam na regulação do acesso aos leitos de UTI é suficiente para atender as demandas geradas pelos processos de trabalhos.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não atende
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 36. A judicialização interfere no processo de regulação do acesso aos leitos de UTI.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 37. A estrutura organizacional é adequada ao processo regulatório dos leitos de UTI.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não atende
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 38. A oferta de leitos de UTI atende à demanda dos usuários da SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 39. O tempo entre a solicitação de leito de UTI e a internação propriamente dita sob processo regulatório é oportuno.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 40. O processo de regulação otimiza o acesso aos leitos de UTI.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 41. O sistema informacional utilizado (Trakcare) é adequado ao processo de trabalho?

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não adequado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 42. Tenho compreensão do processo de regulação do acesso aos leitos de UTI utilizado na SES/DF.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não compreendo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 43. O que você entende por regulação do acesso aos leitos de UTI?

* 44. Considerando a sua experiência na área de regulação do acesso aos leitos de UTI, indique pontos fortes e desafios que poderiam otimizar o processo de trabalho.

* 45. Você gostaria de acrescentar comentário(s) sobre o processo de regulação do acesso aos leitos de UTI?

* 46. Pressões externas influenciam os processos de trabalho relacionados à regulação de leitos de UTI.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

REGULAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (CERIH - UCIN)

- * 47. Sinto-me motivado(a) em trabalhar com regulação do acesso aos leitos de UCIN.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Raramente	Desmotivado(a)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 48. Tenho conhecimento do que trata a Política Nacional de Regulação (Portaria MS/GM nº 1.559/2008).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 49. Tenho conhecimento do que trata a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal (Portaria SES/DF nº 1.388/2018).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 50. Participei de treinamentos/capacitação/educação em serviço quando iniciei meus trabalhos na regulação de leitos de UCIN.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 51. O processo de regulação de leitos de UCIN vigente na SES/DF considera os níveis de atenção em rede.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 52. A regulação dos leitos de UCIN tem se mostrado como um importante instrumento de gestão para a equalização da oferta de serviços e demanda dos usuários na SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 53. A quantidade de servidores que atuam na regulação do acesso aos leitos de UCIN é suficiente para atender as demandas geradas pelos processos de trabalho.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não atende
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 54. A judicialização interfere no processo de regulação do acesso aos leitos de UCIN.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 55. A estrutura organizacional é adequada ao processo regulatório dos leitos de UCIN.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não adequada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 56. A oferta de leitos de UCIN atende à demanda dos usuários da SES/DF?

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 57. O tempo entre a solicitação de leito de UCIN e a internação propriamente dita sob processo regulatório é oportuno?

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 58. O processo de regulação otimiza o acesso aos leitos de UCIN.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 59. O sistema informacional utilizado (Trakcare) é adequado ao processo de trabalho?

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não adequado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 60. Tenho compreensão do processo de regulação do acesso aos leitos de UCIN utilizado na SES/DF.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não compreendo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 61. O que você entende por regulação do acesso aos leitos de UCIN?

* 62. Considerando a sua experiência na área de regulação do acesso aos leitos de UCIN, indique pontos fortes e desafios que poderiam otimizar o processo de trabalho.

* 63. Você gostaria de acrescentar comentário(s) sobre o processo de regulação do acesso aos leitos de UCIN?

* 64. Pressões externas influenciam os processos de trabalho relacionados à regulação de leitos de UCIN.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

REGULAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (CERIH - LEITOS GERAIS)

- * 65. Sinto-me motivado(a) em trabalhar com regulação do acesso aos Leitos Gerais.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Raramente	Desmotivado(a)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 66. Tenho conhecimento do que trata a Política Nacional de Regulação (Portaria MS/GM nº 1.559/2008).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 67. Tenho conhecimento do que trata a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal (Portaria SES/DF nº 1.388/2018).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 68. Tenho conhecimento das diretrizes elencadas na Portaria SES/DF nº 556/2018 que normatiza a internação em Leitos Gerais.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 69. Participei de treinamentos/capacitação/educação em serviço quando iniciei meus trabalhos na regulação de Leitos Gerais.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 70. O processo de regulação do acesso aos Leitos Gerais vigente na SES/DF considera os níveis de atenção em rede.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 71. A regulação do acesso aos Leitos Gerais tem se mostrado como um importante instrumento de gestão para a equalização da oferta de serviços e demanda dos usuários na SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 72. A quantidade de servidores que atuam na regulação do acesso aos Leitos Gerais é suficiente para atender as demandas geradas pelos processos de trabalho.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não atende
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- * 73. A judicialização interfere no processo de regulação do acesso aos Leitos Gerais.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 74. A estrutura organizacional é adequada ao processo regulatório dos Leitos Gerais.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não adequada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 75. A oferta de Leitos Gerais atende à demanda dos usuários da SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 76. O tempo entre a solicitação de Leitos Gerais e a internação propriamente dita sob processo regulatório é oportuno.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 77. O processo de regulação otimiza o acesso aos Leitos Gerais.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 78. O sistema informacional utilizado é adequado ao processo de trabalho.

Totalmente	Parcialmente	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 79. Tenho compreensão do processo de regulação do acesso aos Leitos Gerais utilizado na SES/DF.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não compreendo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 80. O que você entende por regulação do acesso aos Leitos Gerais?

* 81. Considerando a sua experiência na área de regulação do acesso aos Leitos Gerais, indique pontos fortes e desafios que poderiam otimizar o processo de trabalho.

* 82. Você gostaria de acrescentar comentário(s) sobre o processo de regulação do acesso aos Leitos Gerais?

* 83. Pressões externas influenciam os processos de trabalho relacionados à regulação de Leitos Gerais.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

REGULAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS (CERCE)

* 84. Sinto-me motivado(a) em trabalhar com regulação do acesso às Cirurgias Eletivas.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Raramente	Desmotivado(a)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 85. Tenho conhecimento do que trata a Política Nacional de Regulação (Portaria MS/GM nº 1.559/2008).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 86. Tenho conhecimento do que trata a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal (Portaria SES/DF nº 1.388/2018).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 87. Participei de treinamentos/capacitação/educação em serviço quando iniciei meus trabalhos na regulação das Cirurgias Eletivas.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 88. O processo de regulação do acesso às Cirurgias Eletivas vigente na SES/DF considera os níveis de atenção em rede.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 89. A regulação do acesso às Cirurgias Eletivas tem se mostrado como um importante instrumento de gestão para a equalização da oferta de serviços e demanda dos usuários na SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 90. A quantidade de servidores que atuam na regulação de Cirurgias Eletivas é suficiente para atender as demandas geradas pelos processos de trabalho.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não atende
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 91. A judicialização interfere no processo de regulação do acesso às Cirurgias Eletivas.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 92. A estrutura organizacional é adequada ao processo regulatório das Cirurgias Eletivas.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não adequada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 93. A oferta de serviços cirúrgicos eletivos sob regulação atende à demanda dos usuários da SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 94. O tempo entre a solicitação e a realização de uma Cirurgia Eletiva sob processo regulatório é oportuno.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 95. O processo de regulação otimiza o acesso às Cirurgias Eletivas.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 96. O sistema informacional (SISREG III) utilizado é adequado ao processo de trabalho.

Totalmente	Parcialmente	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 97. Tenho compreensão do processo de regulação do acesso às Cirurgias Eletivas utilizado na SES/DF.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não compreendo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 98. O que você entende por regulação do acesso às Cirurgias Eletivas?

* 99. Considerando a sua experiência na área de regulação do acesso às Cirurgias Eletivas indique pontos fortes e desafios que poderiam otimizar o processo de trabalho.

* 100. Você gostaria de acrescentar comentário(s) sobre o processo de regulação do acesso às Cirurgias Eletivas?

* 101. Pressões externas influenciam os processos de trabalho relacionados à regulação de Cirurgias Eletivas.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

REGULAÇÃO DA ALTA COMPLEXIDADE (CERAC/CNRAC/TFD)

* 102. Sinto-me motivado(a) em trabalhar com regulação do acesso aos serviços de Alta Complexidade.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Raramente	Desmotivado(a)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 103. Tenho conhecimento do que trata a Política Nacional de Regulação (Portaria MS/GM nº 1.559/2008).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 104. Tenho conhecimento das diretrizes elencadas na Portaria MS nº 688/2017 que normatizam os fluxos de regulação do acesso à Alta Complexidade (CNRAC e CERAC).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 105. Tenho conhecimento do que trata a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal (Portaria SES/DF nº 1.388/2018).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 106. Tenho conhecimento das diretrizes elencadas nas Portarias MS nº 55/1999 e Portaria SES/DF nº 48/2005 que normatizam o TFD em âmbito nacional e no DF, respectivamente.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 107. Participei de treinamentos/capacitação/educação em serviço quando iniciei meus trabalhos na regulação da Alta Complexidade.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 108. O processo de regulação da Alta Complexidade (CERAC/TFD) vigente na SES/DF considera os níveis de atenção em rede.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 109. A regulação do acesso aos serviços de Alta Complexidade tem se mostrado como um importante instrumento de gestão para a equalização da oferta de serviços e demanda dos usuários na SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 110. A quantidade de servidores que atuam na regulação da Alta Complexidade (CERAC/TFD) é suficiente para atender as demandas geradas pelos processos de trabalho.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não atende
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 111. A judicialização interfere no processo de regulação do acesso aos serviços de Alta Complexidade.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 112. A estrutura organizacional é adequada ao processo regulatório da Alta Complexidade (CERAC/TFD).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não adequada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 113. A oferta de serviços de Alta Complexidade atende à demanda dos usuários.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 114. O tempo entre a solicitação e a realização de um atendimento de Alta Complexidade sob processo regulatório é oportuno.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 115. O processo de regulação otimiza o acesso aos serviços de alta complexidade (CERAC/CNRAC/TFD).

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 116. O sistema informacional utilizado é adequado ao processo de trabalho.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não adequado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 117. Tenho compreensão do processo de regulação do acesso aos serviços de Alta Complexidade utilizado na SES/DF.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não compreendo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 118. O que você entende por regulação do acesso aos serviços de Alta Complexidade?

* 119. Considerando a sua experiência na área de regulação do acesso aos serviços de Alta Complexidade, indique pontos fortes e desafios que poderiam otimizar os processos de trabalho.

* 120. Você gostaria de acrescentar comentário(s) sobre o processo de regulação do acesso aos serviços de Alta Complexidade?

* 121. Pressões externas influenciam os processos de trabalho relacionados à regulação da Alta Complexidade.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS (SAMU)

* 122. Sinto-me motivado(a) em trabalhar com regulação de Urgências.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Raramente	Desmotivado(a)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 123. Tenho conhecimento do que trata a Política Nacional de Regulação (Portaria MS/GM nº 1.559/2008).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 124. Tenho conhecimento da Portaria MS nº 288/2018 que redefine das diretrizes para o SAMU em âmbito nacional.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 125. Tenho conhecimento do que trata a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal (Portaria SES/DF nº 1.388/2018).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 126. Tenho conhecimento da Portaria SES/DF nº 09/2018 que cria a Central de Regulação de Urgências no DF.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 127. Participei de treinamentos/capacitação/educação em serviço quando iniciei meus trabalhos na regulação de Urgências da SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 128. A regulação de Urgências tem se mostrado como um importante instrumento de gestão para a equalização da oferta de serviços e demanda dos usuários na SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 129. O processo de regulação de Urgências vigente na SES/DF considera os níveis de atenção em rede.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 130. A quantidade de servidores que atuam na regulação de Urgências é suficiente para atender as demandas geradas pelos processos de trabalho.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não atende
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 131. A judicialização interfere no processo de regulação de Urgências.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 132. A estrutura organizacional é adequada ao processo regulatório de Urgências.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não adequada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 133. A oferta de serviços de Urgência atende à demanda dos usuários da SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 134. O tempo entre a solicitação e a realização de um atendimento de Urgência sob regulação é oportuno.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 135. O processo de regulação otimiza o acesso aos serviços de Urgência/Emergência.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 136. O sistema informacional utilizado é adequado ao processo de trabalho.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não adequado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 137. Tenho compreensão do processo de regulação de Urgências utilizado na SES/DF.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não compreendo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 138. O que você entende por regulação de Urgências?

* 139. Considerando a sua experiência na área de regulação de Urgências, indique pontos fortes e desafios que poderiam otimizar os processos de trabalho.

* 140. Você gostaria de acrescentar comentário(s) sobre o processo de regulação de Urgências?

* 141. Pressões externas influenciam os processos de trabalho relacionados à regulação de Urgências.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

REGULAÇÃO DOS TRANSPLANTES (CET)

* 142. Sinto-me motivado(a) em trabalhar com regulação de Transplantes.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Raramente	Desmotivado(a)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 143. Tenho conhecimento das diretrizes elencadas na Portaria MS nº 04/2017 referentes à utilização de células, tecidos, órgãos ou partes do corpo para fins de Transplantes em todo o território nacional.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Indiferente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 144. Tenho conhecimento do que trata a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal (Portaria SES/DF nº 1.388/2018).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 145. Participei de treinamentos/capacitação/educação em serviço quando iniciei meus trabalhos na regulação de Transplantes na SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 146. O processo de regulação de Transplantes vigente na SES/DF considera os níveis de atenção em rede.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 147. A regulação de Transplantes tem se mostrado como um importante instrumento de gestão para a equalização da oferta de serviços e demanda dos usuários na SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 148. A quantidade de servidores que atuam na regulação de Transplantes é suficiente para atender as demandas geradas pelos processos de trabalho.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não atende
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 149. A judicialização interfere no processo regulatório de Transplantes.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 150. A estrutura organizacional é adequada ao processo regulatório de Transplantes.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Raramente	Não adequada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 151. A oferta captada atende à demanda identificada.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 152. O tempo entre a captação e a doação de órgãos e tecidos propriamente dita é oportuno.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 153. A regulação otimiza o acesso aos processos de captação/doação.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 154. O sistema informacional utilizado é adequado ao processo de trabalho.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não adequado
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 155. Tenho compreensão do processo de regulação de Transplantes utilizado na SES/DF?

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não compreendo
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 156. O que você entende por regulação de Transplantes?

* 157. Considerando a sua experiência na área de regulação de Transplantes, indique pontos fortes e desafios que poderiam otimizar os processos de trabalho.

* 158. Você gostaria de acrescentar comentário(s) sobre o processo de regulação de Transplantes?

* 159. Pressões externas influenciam os processos de trabalho relacionados à regulação de Transplantes.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

GESTÃO DA REGULAÇÃO

* 160. Sinto-me motivado(a) em trabalhar na Gestão dos processos vinculados às centrais de regulação.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Raramente	Desmotivado(a)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 161. Tenho conhecimento do que trata a Política Nacional de Regulação (Portaria MS/GM nº 1.559/2008).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 162. Tenho conhecimento do que trata a Política Distrital de Regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal (Portaria SES/DF nº 1.388/2018).

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Desconheço
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 163. Os processos de regulação vigentes na SES/DF consideram os níveis de atenção em rede.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 164. A estrutura organizacional é adequada à Gestão dos processos regulatórios.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Raramente	Não adequada
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 165. A quantidade de servidores que atuam na Gestão das centrais de regulação é suficiente para atender as demandas geradas pelos processos de trabalho.

Totalmente	Parcialmente	Indiferente	Insuficiente	Não atende
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 166. À medida que os processos de trabalho são modificados, há treinamentos/capacitação para as equipes envolvidas.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 167. A tomada de decisão é influenciada pelos dados resultantes do monitoramento dos processos regulatórios.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 168. A regulação tem se mostrado como um importante instrumento de Gestão para a equalização da oferta de serviços e demanda dos usuários na SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 169. Os dados gerados pelos processos regulatórios das centrais têm sido levados em consideração no planejamento estratégico da SES/DF.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 170. A judicialização interfere nos processos regulatórios das centrais.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 171. As opiniões das equipes envolvidas na Gestão dos processos regulatórios são consideradas para a tomada de decisão.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* 172. O que você entende por regulação do acesso aos serviços de saúde?

- * 173. Considerando a sua experiência na Gestão da Regulação, indique pontos fortes e desafios que poderiam otimizar os processos de trabalho.

- * 174. Você gostaria de acrescentar comentário(s) sobre a Gestão da Regulação?

- * 175. Pressões externas influenciam a Gestão dos processos de trabalho relacionados às centrais.

Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2º SURVEY

REGULAÇÃO DO ACESSO À ASSISTÊNCIA À SAÚDE NA SES/DF (Parte 2)

PESQUISA: “Mapeamento conceitual da regulação do acesso aos serviços públicos de saúde do DF

Prezado(a) Colega,

Você participou da primeira etapa da pesquisa **“Mapeamento conceitual da regulação do acesso aos serviços públicos de saúde no Distrito Federal”**, que faz parte da tese de doutorado da pesquisadora Geisa Vilarins, pela Universidade de Brasília. Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – FEPECS, conforme normas da Resolução CNS nº 466/2012 e registrada sob o CAAE nº 67853517.2.0000.5553. O intuito da pesquisa é buscar a opinião dos servidores das unidades de regulação que compõem o Complexo Regulador em Saúde do DF.

Os resultados deste estudo poderão subsidiar melhorias nos processos regulatórios vigentes sob a ótica de planejamento, monitoramento e avaliação, bem como poderão condicionar o desenvolvimento de políticas públicas que visem promover avanços na otimização do acesso dos usuários aos serviços públicos de saúde. Sua opinião é muito importante e fundamental para o sequenciamento de estudos na área.

Agora, nesta segunda parte do estudo, existem apenas cinco (05) questões para que você classifique os itens em ordem de importância (relevância), o que demandará aproximadamente 5 minutos do seu tempo. O anonimato continua garantido e também o sigilo das informações. Por isso, é importante que primeiro você concorde em participar, o que caracterizará o Termo de Consentimento, e somente após sua concordância em responder, as perguntas serão visualizadas. Para cada item há apenas um grau de relevância/importância.

Contamos com sua participação!

Obrigada!

Geisa Vilarins

E-mail: ggvarins@gmail.com

* Usando uma numeração de 1 (mais relevante) a 6 (menos relevante), classifique qual a relevância do item para você em relação à seguinte frase:

" O processo de regulação deve considerar..."

	1 - mais relevante	2	3	4	5	6 - menos relevante
...o suporte do leito/unidade/UTI/enfermaria/hospital.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...o perfil do paciente.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...a referência da região.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...o nível de prioridade assistencial.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...a vaga na rede.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...o transporte.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* Usando uma numeração de 1 (mais relevante) a 4 (menos relevante), classifique qual a relevância do item para você em relação à seguinte frase:

" O papel da regulação é..."

	1 - mais relevante	2	3	4 - menos relevante
...gerenciar a fila de espera (consulta/exame/procedimento/transplante de órgãos).*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gerar transparência da informação.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...proporcionar controle e monitoramento.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...melhorar a qualificação da informação.*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>