

GESTÃO DO ENFERMEIRO NOS PROCESSOS DE REGULAÇÃO DE LEITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.009-005>

Brenda Tanielle Dutra Barros

Universidade Federal do Pará – Mestrado

E-mail: brendatanielle.enf@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3184-050X>

Suziellen Caldas Freitas

Universidade da Amazônia - Especialista

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4460-723X>

Ellen Cíntia Costa de Figueiredo

Universidade da Amazônia - Especialista

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-1718-7455>

Marcel Jofran Ramalho Martildes

Universidade Federal do Ceará – Especialista

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1651-7752>

Pablo Rodrigo Nascimento Lobato

Universidade Estadual do Pará – Especialista

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-1983-5896>

Luciane Patrícia Amaral

Universidade José do Rosário Vellano UNIFENAS – Especialista

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3202-5992>

Juliane Lima Alencar

Instituto Evandro Chagas – Mestrado

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8309-0640>

Edilson Cardoso Junior

Universidade Federal do Pará – Especialista

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2829-979X>

Maria Ohana Cardoso da Silva

Faculdade de Ensino Superior da Amazônia Reunida – Especialista

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0363-2746>

Glauce Kelly Ribeiro de Souza

Universidade da Amazônia – Especialista

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-7340-7116>

Samaritana Aguiar Nascimento

Centro universitário da Amazônia – Especialista

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4309-1137>



Waléria Adriane de Souza da Silva

Faculdade Pitágoras - Especialista

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8826-9366>

Daniel Tapajós de Freitas

Universidade da Amazônia – Especialista

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-6138-0340>

Keila Augusta Nascimento Lopes

Universidade Federal do Pará – Especialista

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9074-3693>

Alinne Crhistiane Oliveira Leite

Centro Universitário UNIFATECIE - Universitária

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9066-9825>

Josiane de Jesus da Silva Nascimento

Centro universitário da Amazônia – Universitária

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5238-0138>

RESUMO

A exigência do Ministério da Saúde, da implementação hospitalar de Núcleos Internos de Regulação, trouxe o Enfermeiro como atuante neste cenário, pois se trata de um profissional assistencial com grande conhecimento gerencial. Este núcleo, que tem como funções técnicas-administrativas, responsável pelo estabelecimento de fluxos e protocolos de acesso a serviços, interface com as centrais de regulação, gestão de leitos entre outras. A presente pesquisa tem objetivo analisar a gestão do enfermeiro nos processos de regulação de leito do SUS e corroborar com o fato de que essa prática de ascensão deva ser praticada e implementada no comum da gestão. O presente estudo trata de uma revisão de revisão integrativa de literatura. 12 artigos foram selecionados para a revisão integrativa de literatura. Por trata-se de uma pesquisa sem abordagem a seres humanos e sem instituições coparticipantes, para este estudo não foi necessária a submissão do projeto ao Comitê de Ética, nem de aprovação de instituições e/ou pessoas para a sua realização. A regulação do acesso à saúde tem se consolidado como um instrumento fundamental na organização dos serviços de atenção à saúde, garantindo maior equidade e eficiência na distribuição dos recursos disponíveis. O modelo regulatório implantado ao longo das últimas décadas permitiu avanços significativos na gestão do SUS, ampliando o acesso aos serviços especializados e reduzindo as barreiras impostas pela fragmentação dos serviços.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Enfermeiro gestor; Gestão em saúde; Regulação em saúde.



1 INTRODUÇÃO

O histórico do desenvolvimento das políticas públicas de saúde do Brasil e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) evidenciou a necessidade de novas alternativas que reduzissem a fragmentação da gestão pública. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Regulação (PNR) por meio da Portaria GM/MS 1559/2008. O conceito de regulação está pautado na garantia da alocação de recursos para a implantação dos complexos reguladores da Assistência e desenvolvimento de instrumentos que operacionalizam as funções reguladoras (Souza *et al.*, 2024).

A necessidade de uma intervenção regulatória na saúde justifica-se por razões da especificidade da saúde, em geral, e por razões do contexto específico de cada país nessa área. Em geral, a saúde revela fortes assimetrias de informação: o doente desconhece a natureza imprevisível dos riscos de saúde, apenas identifica sintomas, e é um profissional de saúde (em regra o médico) que o informa e lhe abre as portas do sistema, orientando-o por entre a complexa rede de escolhas (Melo *et al.*, 2021).

“Regulação” é um termo polissêmico e ressignificado de acordo com os contextos e setores nos quais está inserido, principalmente na Administração Pública, Ciências Sociais e Economia. No Brasil, sua conotação está associada, principalmente, aos serviços de interesse público que funcionam sob a concessão do Estado (Oliveira, 2022).

Desde a criação do SUS, o papel de provedor da Saúde passa a ser responsabilidade pública, sendo seu objetivo a garantia do direito à Saúde, ofertando ações e serviços de qualidade e atendendo às necessidades da população (Rocha, 2021).

Em síntese, a regulação na saúde assume diversas formas consoante a percepção assumida em cada um dos países. A saúde acompanhou outros setores da economia, nas quais a regulação aparece em simultâneo com a retirada ou recuo do Estado, mas exigindo-se a manutenção do exercício dos direitos dos consumidores em relação a serviços de interesse geral. Os desafios contemporâneos apresentam a necessidade de planejar e de oferecer cuidados de saúde de qualidade e que visem à satisfação da população de modo que proporcionem uma experiência positiva no ambiente hospitalar (Souza *et al.*, 2024).

A exigência do Ministério da Saúde, da implementação hospitalar de Núcleos Internos de Regulação (NIR), trouxe o Enfermeiro como atuante neste cenário, pois se trata de um profissional assistencial com grande conhecimento gerencial. Este núcleo, que tem como funções técnicas-administrativas, responsável pelo estabelecimento de fluxos e protocolos de acesso a serviços, interface com as centrais de regulação, gestão de leitos entre outras (Lisbôa, 2022).

A organização do serviço, reforçado neste trabalho, se propõe a discutir a presença do profissional Enfermeiro em todos os contextos regulatórios e também em todos os ambientes em que a regulação possa ser exercida. Além disto, os serviços de gerenciamento de leitos devem ter seus processos sistematizados e regulamentados, por meio de manuais e procedimentos operacionais padrão para suas atividades, na



tentativa de tornar a assistência ao paciente e população mais igualitária, universal, segura e de qualidade (Borsato; Carvalho, 2022).

A descentralização das ações no SUS permitiu a inserção de novos atores sociais. A Enfermagem participa dessas ações por meio dos cargos de direção e coordenação, e se destaca como um dos principais agentes fortalecedores da Política Nacional de Regulação, se munindo de habilidades técnicas e poder político. O Enfermeiro está envolvido nas principais atividades de regulação, desde a organização até a implantação e execução das atividades (Melo *et al.*, 2021).

Ao que se refere os indicadores de saúde, sua relação ao papel do Enfermeiro se destacando no âmbito do acesso à saúde, no que tange classificação de risco, regulação de demandas e leitos, podendo haver associação com uma maior presença de indicadores ligados aos fluxos de atendimento e a continuidade de cuidado. Inobstante, indicadores associados à gestão de equipe e utilização de recursos também são apontados, visto que há uma maior delegação do papel gerencial ao Enfermeiro. Além disso, enfrentamento de condicionantes, equidade e resolutividade também são pontuados (Recco *et al.*, 2022).

No que diz respeito importância do gerenciamento de leitos, pouco se é discutido na literatura. Tornar o acesso a este recurso escasso, um processo transparente, eficaz e de qualidade, contribui de maneira plausível a melhoria da saúde local. A Enfermagem também deve ser inserida e valorizada neste campo, pois o conhecimento assistencial, científico e gerencial, faz com este serviço seja prestado de forma contínua e eficaz, garantindo a resolução dos encaminhamentos clínicos dos pacientes internados ou que necessitem de alguma intervenção cirúrgica (Feijó, 2022).

Portanto a presente pesquisa tem objetivo analisar a gestão do enfermeiro nos processos de regulação de leito do SUS e corroborar com o fato de que essa prática de ascensão deva ser praticada e implementada no comum da gestão.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E O AVANÇO HISTÓRICO DA REGULAÇÃO

No Brasil, com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 e a criação do SUS, o Estado ampliou as suas responsabilidades para garantir o acesso aos serviços de saúde, criando um sistema público, universal e integral, financiado por impostos. A descentralização das ações de saúde para estados e municípios conduziu ao estabelecimento de responsabilidades partilhadas entre os diferentes níveis de governo (Borsato; Carvalho, 2022).

Nos anos 1990, as Normas Operacionais Básicas (NOB) do SUS constituíram instrumentos norteadores de ações e serviços de saúde. Elas fortaleceram as ações de municipalização e descentralização do sistema de saúde e a NOB 96 detalhou diretrizes para a organização dos processos de programação das atividades de atenção à saúde de caráter ascendente e integrado (PPI – Programação Pactuada e Integrada),

entre esferas de governo e ações de controle, avaliação e auditoria, especialmente em relação aos serviços contratados e convencionados (Melo *et al.*, 2021).

Conforme avançou o processo de municipalização e o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) no SUS, os desafios para a garantia de um acesso equitativo e integral das ações e serviços de saúde trouxeram a necessidade de fortalecer os processos de regionalização, considerando a distribuição desigual de serviços de atenção especializada e hospitalar e as características do sistema federativo brasileiro, com muitos municípios de pequeno porte. Em 2001 e 2002, a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS pretendeu definir as atribuições básicas inerentes a cada ente federado do Brasil, especialmente no que se refere à programação da assistência, ao controle, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, à garantia do acesso e à regulação da assistência, no âmbito da regionalização da assistência, frente à municipalização extremamente autônoma criada pelas NOB (Rocha, 2021).

Desta forma, a regionalização tem sido vista como um processo fundamental para o avanço do SUS. E o avanço dos processos de regulação tem-se dado a partir da ótica regional e da sua organização e suficiência. A grande dificuldade é a ausência de uma entidade federativa regional que faz dos processos de governança, processos de grande complexidade e dificuldade em avançar com os processos regulatórios, considerando ainda que não há instâncias autônomas nesse sentido (Recco *et al.*, 2022).

A regulação da saúde no Brasil tem sido progressivamente desenvolvida com o objetivo de melhorar a prestação de serviços, garantindo o acesso e a qualidade da saúde para a população. Assim, tem sido estabelecido um conjunto de ações governamentais, de regulamentação, controle e fiscalização do setor privado, para assegurar o interesse público, considerando, ainda, que o sistema público de saúde é oferecido ou gerido, em grande parte, por serviços do setor social (Melo *et al.*, 2021).

2.2 A REGULAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS

No período anterior à criação do SUS, a assistência médica era garantida aos contribuintes do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), instituído em 1978, através da Lei n. 6.439/1977. No contexto previdenciário, o INAMPS priorizava os procedimentos rentáveis e clientes com vínculos trabalhistas e seus dependentes. A informação era armazenada em sistemas de dados para fins contábeis, no qual estava centrada a lógica da regulação. Neste momento, o modelo assistencial era altamente centralizado e verticalizado (Farias *et al.*, 2022).

Entre 1976 e 1983, foi instrumentalizado o Guia de Internação Hospitalar (GIH), que pagava os prestadores de serviço por ações executadas e seu custeio, como parte do Sistema Nacional de Controle e Pagamentos de Contas Hospitalares (SNCPCH). Em 1981, foi instituída a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que também custeava serviços de saúde a partir de um tabelamento por pacotes de procedimentos, com objetivo de estabelecer mecanismos de combate às fraudes. A AIH alimentou o Sistema



de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), até o início da vigência do Sistema de Informações hospitalares (SIH) em 1991, desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (Freire *et al.*, 2021).

Entre 1978 e 1987, a ênfase se manteve no aspecto financeiro-contábil, com controle e avaliação após as internações hospitalares e ambulatoriais (Konder, 2021). Em 1982, a Portaria n. 3.042 estabeleceu o controle da prestação de serviços, devido à crise financeira. Em consequência, foram desenvolvidas ferramentas de controle, avaliação e auditoria, que começaram a desenhar o arcabouço legal do que viria a ser o SUS, que só veio a ser instituído anos depois, em 1990, através da promulgação da Lei n. 8.080/1990 (Freire *et al.*, 2021). Inicialmente, a regulação do SUS ficou por conta das Normas Operacionais Básicas (NOB) n. 1/91, 1/92, 1/93 e 1/96 e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) n. 1/2001 e 1/2002, portarias editadas pelo Governo Federal.

Em 2003, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), da Secretaria de Atenção à Saúde passou a ser responsável pela a coordenação e o aprimoramento do componente de Regulação de Atenção à Saúde da Política Nacional de Regulação (PNR) e por questões referentes ao controle de recursos e desenvolvimento de diretrizes de controle e avaliação do SUS. Durante a organização do DRAC o termo “regulação” foi utilizado em articulação aos já consolidados conceitos de “controle” e “avaliação”, ampliando sua divulgação na NOAS 1/2002, como regulação do acesso à assistência (Konder, 2021).

Em 2006, foi divulgado o Pacto pela Saúde, iniciando novas oportunidades de discussão política das relações Inter federativas, enfatizando a regionalização e visando o financiamento, a descentralização e a regulação. Por sua vez, o Pacto de Gestão, instituído pela Portaria n. 399 do Ministério da Saúde, definiu responsabilidades sanitárias dos gestores, bem como diretrizes para a gestão do Sistema de Saúde (Farias *et al.*, 2022).

De acordo com a Portaria n. 1.559/2008, os Complexos Reguladores podem ter abrangência e estruturas que devem observar os modelos estadual, regional ou municipal (Brasil, 2021). Tais complexos devem ser formados por unidades operacionais denominadas centrais de regulação, com uma subdivisão mínima em Central de Regulação de Consultas e Exames, Central de Regulação de Internações Hospitalares e Central de Regulação de Urgências. No Complexo Regulador também é prevista a integração com a Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (Konder, 2021).

2.3 DESAFIOS NA REGULAÇÃO DO ACESSO E PROPOSTAS DE APRIMORAMENTO

A regulação do acesso enfrenta dificuldades estruturais e operacionais, como a desigualdade na distribuição da oferta, a lentidão nos sistemas reguladores, a falta de integração dos sistemas de informação e a ineficiência na gestão do transporte sanitário. Regiões menos desenvolvidas possuem carência de

serviços especializados, o que compromete a equidade. O modelo regulatório centralizado dificulta respostas ágeis, enquanto a fragmentação entre sistemas municipais e estaduais prejudica a gestão eficiente. Para enfrentar esses desafios, é necessário fortalecer a estrutura das Policlínicas Regionais, modernizar os sistemas de regulação, promover maior autonomia para os Complexos Reguladores locais e qualificar os processos regulatórios, tornando a gestão mais transparente e objetiva (Bastos *et al.*, 2020). A regulação do acesso no SUS enfrenta diversos desafios que impactam a eficiência e eficácia dos serviços prestados.

A insuficiência de leitos hospitalares é outra barreira crítica, agravando a sobrecarga do sistema e prolongando o tempo de espera para internações e tratamentos. Paralelamente, a alta demanda por serviços de saúde tensiona as centrais reguladoras, que operam sob condições muitas vezes inadequadas para gerenciar eficientemente os recursos disponíveis. Esse cenário é ainda mais complexo devido a dificuldades sistêmicas no Sistema de Regulação (SISREG), cujas limitações estruturais impactam a coordenação do atendimento, comprometendo a qualidade assistencial e a previsibilidade no acesso aos serviços (Melo *et al.*, 2021).

Outro fator limitante relevante é a ausência de protocolos bem definidos para a priorização do acesso, o que pode gerar distorções na alocação de recursos e no atendimento às necessidades dos usuários. A fragilidade dos recursos humanos também se apresenta como um desafio estrutural, refletindo tanto na insuficiência de profissionais qualificados para operar o sistema de regulação quanto na precarização das condições de trabalho (Bastos *et al.*, 2020).

Diante desse panorama, torna-se evidente a necessidade de investimentos em melhorias estruturais que fortaleçam a governança da regulação e garantam maior equidade no acesso aos serviços de saúde. A implementação de critérios claros e padronizados, a modernização dos sistemas de informação e a qualificação dos profissionais envolvidos na regulação são estratégias essenciais para a superação dos desafios e para a construção de um sistema mais resolutivo (Melo *et al.*, 2021).

3 METODOLOGIA

O presente estudo trata de uma revisão de revisão integrativa de literatura. Sendo uma ferramenta de investigação que permite à procura, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado, em que o produto final é o estado do conhecimento, a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados e na redução de custos, além disso, permite a identificação de fragilidades, que poderão conduzir ao desenvolvimento de futuras investigações (Mendes *et al.*, 2021).

Para a Elaboração deste trabalho foram seguidas as seis fases do processo de elaboração de Revisão Integrativa de Literatura: 1º Etapa – identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa. 2º Etapa – Procurar a melhor evidencia. 3º Etapa – Avaliar criticamente as evidências. 4º Etapa – Integrar as evidências. 5º Etapa – discussão dos resultados. 6º Etapa

– apresentação da síntese do conhecimento produzido; revisão/síntese do conhecimento (Mendes *et al.*, 2021).

Para este estudo, definiu-se como pergunta norteadora: quais os impactos da gestão do enfermeiro nos processos de regulação de leito do SUS e corroborar com o fato de que essa prática de ascensão deva ser praticada e implementada no comum da gestão?

Como critérios de inclusão definiram-se: artigos primários, publicados na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, com abordagem em seus objetivos gerais que se relacione à temática e delimitando nos anos de 2021 a 2024. Que tenham como palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde; Enfermeiro gestor; Gestão em saúde; Regulação em saúde.

Como critérios de exclusão: artigos que não se referirem ao contexto brasileiro e objeto proposto, estudos de revisão teórica, editoriais, dissertações, teses e artigos de revisão foram excluídos deste estudo.

Como estratégia de busca, foi utilizado o cruzamento dos descritores com utilização dos operadores booleanos “And”; “Or” e “Not” • *AND* – encontra documentos que contenham um e outro assunto. • *OR* – encontra documentos que contenham um ou outro assunto. • *AND NOT* – encontra documentos que contenham um assunto e exclui outro assunto não desejado.

Foram selecionados para este estudo artigos publicados em revistas científicas disponibilizados pelas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com acessada nas plataformas *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS).

A busca pelos dados foi realizada por acesso on-line no mês de maio de 2025. Dos 219 artigos achados, foram excluídos: 135 fora do periódico nas bases de dados (sendo 84 após análise dos títulos resumos, 51 por falta de enquadramento), dos 33 artigos restantes foi realizado a leitura do texto completo sendo que, foram excluídos 22 que estavam duplicados nas bases de dados. Restando assim 12 artigos selecionados para a revisão integrativa de literatura.

A coleta de dados se deu por meio da utilização de formulário de URSI validado para fazer o levantamento dos artigos científicos. Sendo assim, o formulário consta dos seguintes tópicos: título do artigo, periódico, tipo de abordagem, metodologia, e Características metodológicas do estudo e conclusão. O objetivo do formulário foi identificar sobre quais os impactos da gestão do enfermeiro nos processos de regulação de leito do SUS e corroborar com o fato de que essa prática de ascensão deva ser praticada e implementada no comum da gestão?

A análise dos resultados foi realizada pela metodologia de Bardin. No que diz respeito à metodologia de Bardin. No que tange tal método, que se deu por meio de três etapas sendo elas: pré-análise que é a sistematização do material; exploração do material que é a delimitação das categorias e sistemas de codificações e por fim o tratamento dos resultados apresentação dos resultados obtidos através do levantamento bibliográfico (Bardin, 2024).

Este estudo respeitou os direitos autorais dos autores consultados, utilizando as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) para citações e referências. Desta forma, o presente estudo ofereceu riscos mínimos, porém, vale destacar o risco de análise indevida do material, infidelidade dos resultados encontrados e plágio, porém o pesquisador deste estudo, comprometem-se a realizar uma análise fiel dos resultados encontrados dos textos que foram selecionados nas bases de dados e respeitar as normas NBR 10520:20024 e NBR 6023:20025, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e a Lei nº 9.610/98 (Lei do Direito Autoral-LDA) para posteriormente exteriorizar um resultado fidedigno para a comunidade científica da área da saúde.

Por trata-se de uma pesquisa sem abordagem a seres humanos e sem instituições coparticipantes, para este estudo não foi necessária a submissão do projeto ao Comitê de Ética, nem de aprovação de instituições e/ou pessoas para a sua realização.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O gerenciamento de leitos é um recurso destinado à otimização do uso de leitos hospitalares, promovendo maior rotatividade com base em critérios técnicos. Seu objetivo é reduzir o tempo de internações desnecessárias e disponibilizar vagas para atender às demandas reprimidas. A implementação do NIR no SUS visa melhorar a gestão hospitalar, especialmente em urgências e emergências, melhorando a ocupação de leitos e o fluxo de internações. O NIR, com a participação essencial de enfermeiros, monitores internacionais e altos, utilizando critérios técnicos para reduzir o tempo de permanência hospitalar (Melo *et al.*, 2021).

A Enfermagem consegue contribuir de forma rica nesse contexto da regulação dos sistemas, sendo um dos principais profissionais capacitados a propor e editar projetos de lei e portarias, com o objetivo de melhorias na qualidade da saúde brasileira. Estes profissionais, são naturalmente profundos conhecedores da assistência, da demanda populacional e das necessidades de saúde local, e, portanto, devem ser protagonistas na regulação dos sistemas de saúde (Bastos *et al.*, 2020).

A atuação do núcleo interno de regulação na atuação do enfermeiro mostrou-se necessária na melhoria de disponibilidade dos leitos hospitalares, fluxo de paciente, garantindo cumprir todas as etapas do processo de alta hospitalar e acompanhamento e notou-se aumento da satisfação do paciente (Tavares, 2021).

A regulação no âmbito dos sistemas de saúde envolve a macro regulação, traduzida nas agências reguladoras e nas normas do SUS, mas também considera a regulação da atenção à saúde, como a regulação da assistência dos prestadores de serviços públicos e privados que atuam no SUS, definindo ainda estratégias e diretrizes para a regulação do acesso à assistência à saúde, além da contratação,

monitoramento, avaliação, auditoria e vigilância dos serviços de saúde no âmbito do SUS, garantindo qualidade e continuidade dos cuidados (Rocha, 2021).

É importante explicitar os desafios relacionados com os vários modelos regulatórios que se foram constituindo no SUS e que explicitam várias dicotomias, como o do setor público e do privado, dos profissionais e das tecnologias, da dimensão do acesso e da qualidade, fortemente regulada pela área de vigilância sanitária, bem como da maior ou menor autonomia e descentralização das autoridades regulatórias do sistema. O modelo regulatório adotado depende do que vai ser regulado, da concepção de regulação e do contexto (Souza *et al.*, 2024).

O acesso do usuário à rede de atenção requer a adoção de uma racionalidade organizativa, ou seja, deve levar em consideração a complexidade ou a gravidade do diagnóstico, a característica do utente e o perfil da rede. Portanto, precisa ser balizado por princípios, diretrizes e protocolos para garantir a equidade, que é materializada por intermédio da regulação assistencial. Além disso, envolve, para além da regulamentação governamental, os itinerários assistenciais produzidos pelos utentes e a singularidade na produção de processos que considerem a necessidade como produção social (Freire *et al.*, 2021).

Compreender como o processo de regulação acontece no cotidiano dos sistemas locais de saúde permite identificar potencialidades, fragilidades e barreiras que interferem no acesso dos utentes às ações e aos serviços de saúde. A regulação reduz o conflito e as demandas judiciais à medida que arbitra previamente e estabelece critérios de funcionamento e de respostas, trazendo os contratos com os serviços de saúde e seus modelos de remuneração e fiscalização para um lugar de grande importância na resposta regulatória dos sistemas de saúde (Borsato; Carvalho, 2022).

Associados ao processo da regulação assistencial, no contexto de regionalização e redes de atenção à saúde, estão as atividades de contratação, controlo, avaliação e auditoria assistencial no âmbito dos prestadores públicos e privados, mas que se desenrola num cenário de conflitos decorrentes de interesses destes prestadores no sistema de saúde. Além disso, verificam-se disputas intergovernamentais entre os municípios e entre ele e os governos estaduais na organização do sistema de saúde, o que dificulta o desenvolvimento efetivo de uma rede de ações regulatórias programadas em função dos problemas de saúde identificados no território (Lopes *et al.*, 2024).

Os processos de regionalização são fundamentais no enfrentamento das desigualdades territoriais e de oferta de serviços no Brasil, sendo que as iniciativas têm sido pontuais e ainda enfrentam muitos desafios para a construção de redes e de sistemas de atenção integrados, como se observa em alguns outros países. A equidade territorial é o maior desafio a ser enfrentado para a concretização da diretriz da integralidade no SUS (De Carvalho *et al.*, 2022).

Além disso, os processos de con-tratualização exigem capacitação de gestores e reguladores que avancem na lógica do sistema para além da clássica lógica dos prestadores de serviço que, por melhor que

sejam, dificilmente produzirão integralidade, situação muitas vezes agravadas pelas lógicas gerenciais dos contratos de gestão que podem reforçar a fragmentação do cuidado e a precarização dos processos de trabalho (Souza *et al.*, 2024).

O desafio reside em que os mecanismos de regulação estejam em sintonia com a proposta de regionalização construída em redes regionais de saúde, buscando a racionalização dos recursos a partir da regulação de acesso, com pouca capacidade de interferência na reversão do modelo atual de atenção fragmentado, fortemente especializado, dispendioso e pouco efetivo para a saúde das pessoas e para a consolidação da regionalização da saúde, considerando as diversidades dos territórios, dos diferentes pontos da rede de atenção e que devem se articular entre si para conformar um sistema integrado de serviços de saúde (Machado *et al.*, 2021).

Sublinha-se o avanço que a municipalização e a des-centralização das ações e serviços de saúde trouxeram para o SUS; porém, algumas questões são levantadas, nomeadamente os desafios para a reestruturação do sistema de saúde, como a manutenção de serviços de saúde incapazes de suprir a necessidade da população, a exemplo dos hospitais de pequeno porte e a introdução de novas modalidades de gestão do SUS, tais como as Organizações Sociais de Saúde e as Fundações Estatais de Direito Privado, emergindo o processo precoce de privatização no sistema de saúde brasileiro e a combinação público/privado na saúde (Sousa, 2022).

Nesse contexto, se levanta cada vez mais a importância do fortalecimento dos complexos reguladores regionais, de maneira ampliada e articulada, a partir de pactuações entre as três esferas de gestão do SUS, que procurem a garantia de uma organização de fluxos e processos, além de uma rede de referências de serviços de saúde, desenhada no sentido de conseguir dar conta das demandas e necessidades de saúde apresentadas nas regiões, a partir de controle, monitoramento, avaliação e auditoria, como forma de implementação de uma regulação normativa e capaz de atingir objetivos efetivos nos resultados de saúde e de cobertura do acesso (Recco *et al.*, 2022).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regulação do acesso à saúde tem se consolidado como um instrumento fundamental na organização dos serviços de atenção à saúde, garantindo maior equidade e eficiência na distribuição dos recursos disponíveis. O modelo regulatório implantado ao longo das últimas décadas permitiu avanços significativos na gestão do SUS, ampliando o acesso aos serviços especializados e reduzindo as barreiras impostas pela fragmentação dos serviços.

A regulação em saúde, compreendida como promotora da equidade no acesso e qualidade dos serviços de saúde, deve organizar os seus processos regulatórios em saúde, alinhados às características e premissas dos sistemas de saúde onde se inserem, garantindo o interesse público da população, que



beneficia pela melhor previsibilidade da oferta, menor grau de litígio e resposta mais adequada às necessidades em saúde.

No entanto, desafios persistem, como a necessidade de maior integração entre os sistemas de informação, otimização dos fluxos regulatórios e aprimoramento da coordenação entre os diferentes níveis de atenção. A descentralização dos serviços, por meio das policlínicas regionais e dos consórcios Inter federativos, representa um avanço na estruturação da rede de atenção à saúde, promovendo maior resolutividade e eficiência na oferta dos serviços especializados

No entanto, a superação das desigualdades regionais ainda exige políticas de aprimoramento contínuo, incluindo investimentos na qualificação dos profissionais, fortalecimento da infraestrutura tecnológica e melhoria dos mecanismos de transporte sanitário. Além disso, a microrregulação dos atendimentos precisa ser constantemente avaliada para garantir que as diretrizes estabelecidas atendam às reais necessidades dos usuários.



REFERÊNCIAS

- BARDIN. (2021). Laurence. *Análise de Conteúdo*. Coimbra: Edições 70.
- BASTOS, L. B. R., et al. Desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Publica*. 2020; 54:25.
- BORGES, F. et al. Performance of nurses in the bed management service of a teaching hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 4, p. e20190349, 2020.
- BORSATO, G. F.; CARVALHO, G. B. Hospitais gerais: inserção nas redes de atenção à saúde e fatores condicionantes de sua atuação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 4. p. 1275-1288, 2022.
- DE CARVALHO, E. E. et al. Sistema Kanban no gerenciamento de leitos: avaliação dos indicadores hospitalares em uma maternidade de referência. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 1, p. e2311123926–e2311123926, 2022.
- FREIRE, M. P., et al. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde Soc.*, v. 13, n. 3, p. 1-9, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Jv5n68crwRBRTnwZm9jsxzK/>. Acesso em: 10 maio. 2025.
- FEIJÓ, V. B. E. R. et al. Núcleo Interno de Regulação hospitalar: repercussões da implantação nos indicadores dos serviços de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 30, p. e3517, 2022.
- GOMES, G. G.; MELO, E. A. A regulação do acesso à atenção especializada pela Atenção Primária à Saúde da cidade do Rio de Janeiro: coordenação ou competição? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, p. e33012, 2023.
- LIMA, E. A. DA C. et al. Standard Operating Procedure validity on Intramuscular vaccine administration in adults: a methodological study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 4, p. e20220692, 2023.
- LISBÔA, R. L. et al. Actions of a regulatory nurse in the management of surgical waiting lists. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 75, n. 2, p.e20201233, 2022.
- LOPES, J. F.; et al. Regulação em saúde: estratégias para redução do absenteísmo de exames e consultas especializadas. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, [S. l.], v. 23, n. 01, 2024. DOI: 10.36925/sanare.v23i01.1756. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1756>. Acesso em: 16 maio. 2025.
- MACHADO, R. Ma. et al. Percepção de profissionais sobre o núcleo interno de regulação de um hospital universitário. 2021.
- MENDES, K. D. S; et al. (2021). Uso Do Gerente De Referência Bibliográfica Na Seleção De Estudos Primários Em Revisões Integrativas. *Texto & Contexto – Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0204>.
- MELO, E. A. et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31(1), e310109, 2021 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>



OLIVEIRA, J. S. et al. Ondas normatizadoras do planejamento regional integrado em saúde no brasil: síntese de evidências. Capítulo 02. Gestão do Trabalho, Educação e Saúde: desafios agudos e crônicos - Volume 1. Pág. 33-52, 2021.

SIMÕES, J., LOUVISON, M., & MEIRA, A. L. (2024). Aspetos da regulação da saúde no Brasil. *Anais Do Instituto De Higiene E Medicina Tropical*, 23(2), 27-35. <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.496>

SOUSA, L. R. de et al. Avaliação De Indicadores De Qualidade Na Gestão Do Centro Cirúrgico De Um Hospital Terciário. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 55, n. 1, 2022.

SOUZA, I. B. de; et al. Atuação do enfermeiro na gestão de leitos de pacientes em situação de perda gestacional. *Revista Contemporânea*, [S. l.], v. 4, n. 11, p. e6637, 2024. DOI: 10.56083/RCV4N11-115. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/6637>. Acesso em: 16 maio. 2025.

TAVARES, P. K. O. et al. Núcleo Interno De Regulação Hospitalar: Cenário Para Atuação Do Enfermeiro. *Revista GepesVida*, v. 7, n. 16, 2021.

THOMAZI A. B. O, GONÇALVES M. S, FEDOSSE E. Saúde auditiva nas Coordenadorias Regionais de Saúde do estado do Rio Grande do Sul: regulação de acesso, desafios e perspectivas. *Audiol, Commun Res* [Internet]. 2022;27: e2590. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2021-2590>

RECCO, E. A. de C. et al. A Atuação Do Núcleo Interno De Regulação De Leitos (NIR) No Momento Da Alta Hospitalar No Hospital De Clínicas Da Unicamp (HC). Sínteses: *Revista Eletrônica do SimTec*, n. 8, p. e0220859- e0220859, 2022.