

Tecnologias norteadoras da regulação assistencial e o poder de governança para tomada de decisão dos gestores de saúde

Guiding technologies of assistential regulation for decision-making of health managers

DOI:10.34117/bjdv7n8-413

Recebimento dos originais: 07/07/2021

Aceitação para publicação: 17/08/2021

Samilly Girão de Oliveira

Mestre em Gestão em Saúde- UECE
Prefeitura de Fortaleza- Secretaria Municipal da Saúde
Rua do Anjo Branco, 1131 Apto :803, Cambéa - Fortaleza- Ceará
samgirao82@gmail.com

Maria Salette Bessa Jorge

Doutora em Enfermagem – USP
Universidade Estadual do Ceará
Av. Dr Silas Munguba, 1700, Itaperi – Fortaleza- Ceará
maria.jorge@uece.br

Maria Helenice Almeida Leitão

Mestre em Gestão em Saúde- UECE
Prefeitura de Fortaleza- Secretaria Municipal da Saúde
Rua Bento Gonçalves, 700, Mondubim - Fortaleza- Ceará
helenice.a@gmail.com

Kilvia Kelly Gomes de Vasconcelos

Mestre em Gestão em Saúde- UECE
Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar
Rua Tibúrcio Cavalcante , 1962- Aldeota - Fortaleza- Ceará
kilviakelly@gmail.com

Maria Cláudia Carneiro Pinto

Mestre em Gestão em Saúde- UECE
Hospital Geral de Fortaleza
Rua Ávila Goulart, 900- Papicu - Fortaleza- Ceará
claudiacp02@gmail.com

Antonielle Carneiro Gomes

Mestre em Gestão em Saúde- UECE
Unimed Fortaleza
Rua Manoel Jorge de Castro, 1185 Casa 21, Guaribas – Eusébio- Ceará
antoniellecg@hotmail.com

Cristiano Aguiar Farias Lages

Mestre em Gestão em Saúde- UECE
Prefeitura Municipal de Esperantina – PI

Rua 25 de Junho, nº 115, Esperantina-Piauí.
cristianolages20@hotmail.com

Ismênia Maria Marques Moreira
Mestre em Gestão em Saúde-UECE
Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
Rua Solon Pinheiro, 1070, Bairro de Fátima - Fortaleza-Ceará
ismeniaips@hotmail.com

RESUMO

O objetivo do estudo é avaliar as tecnologias que norteiam a regulação assistencial relacionado ao poder de governança para tomada de decisão dos gestores da Atenção Primária. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa com aplicação do método de Revisão Integrativa e realizou-se a síntese do conhecimento e o agrupamento por similaridades em categorias temáticas. Identificou-se estudos que trouxeram respostas bem positivas no processo de regulação assistencial, que ao incorporar algumas tecnologias conseguiram organizar fluxos, otimizar oferta, compreender as demandas, tornar os recursos mais efetivos e os serviços mais eficazes. Alguns desafios precisam ser superados, como a aceitação de novas tecnologias, mudanças de atitude, planejamento e compreensão dos processos de trabalho por parte dos gestores e de todos os envolvidos no processo de regulação assistencial.

Palavras-chave: Gestor de saúde, Tecnologia, Assistência à Saúde, Tomada de decisão. Governança.

ABSTRACT

The objective of the study is to evaluate the technologies that guide healthcare regulation related to the power of governance for decision making by Primary Care managers. It is a qualitative study with the application of the Integrative Review method and the synthesis of knowledge and grouping by similarities in thematic categories was carried out. Studies were identified that brought very positive responses in the care regulation process, which, by incorporating some technologies, managed to organize flows, optimize supply, understand demands, make resources more effective and services more effective. Some challenges need to be overcome, such as the acceptance of new technologies, changes in attitude, planning and understanding of work processes on the part of managers and all those involved in the care regulation process.

Keywords: Health Manager, Technology, Delivery of Health Care, Decision Making. Governance.

1 INTRODUÇÃO

Na Constituição Federal 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 este acesso ampliaram-se significativamente. 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 (Vilarins, Shimizu , & Gutierrez, 2012) .

No Brasil a regulação tem sido discutida devido principalmente à dificuldade de acesso aos serviços. Do ponto de vista institucional, o debate mais aprofundado em relação ao conceito, práticas e finalidades da regulação, controle, avaliação e auditoria em saúde iniciou-se a partir de 2001-2002 com as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e 01/2002 (Baduy et al., 2011).

Disseminou-se o conceito de regulação como sinônimo de regulação assistencial, vinculada à oferta de serviços, à disponibilidade de recursos financeiros e à Programação Pactuada Integrada (PPI). Essa é uma concepção restrita de regulação, que induz a iniciativa de controle do acesso e de adequação à oferta. Da mesma forma, a NOAS/SUS 01/2002 vinculou o processo e o exercício das ações de regulação às modalidades de gestão de cada ente gestor, estabelecidas por essa norma (Brasil, 2011).

Mesmo assim, a NOAS 2002 apresentava uma concepção limitada de resolubilidade de rede, dirigida apenas à média e à alta complexidade, não incluindo, portanto, a Atenção Básica (AB) como componente central do processo. Esta estava desarticulada das ações de controle, o que tem contribuído para a manutenção da baixa eficácia. Com o Pacto pela Saúde ampliou-se este conceito que passou a considerar a AB como elemento da regulação da atenção, articulando-se com as atividades de contratação, controle, avaliação e auditoria assistencial no âmbito dos prestadores públicos e privados (Cavalcanti, Cruz, & Padilha, 2018). Desse modo, a regulação assistencial tem por objetivo principal promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional.

Para tanto, se faz necessário reorganizar a atenção primária com foco nas necessidades da população, na longitudinalidade e integralidade do cuidado, principalmente nas condições crônicas, e isto tem sido um grande desafio para os sistemas de saúde, pois a integralidade do cuidado em qualquer condição de saúde requer a garantia do acesso, adesão ao tratamento, qualificação dos profissionais, organização do processo de trabalho local e empoderamento dos pacientes para resolver seus problemas de saúde. Isso vai exigir mudanças profundas que permitam superar o sistema fragmentado vigente através da implantação de redes de atenção à saúde (Mendes, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde são organizações oligárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por

uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – restada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade, com responsabilidade sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população (Mendes, 2011).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como modelo estruturante das Redes de Atenção Primária para responder aos problemas agudos e crônicos de uma população adscrita (Brasil, 2010). Para que a atenção primária possa efetivar a sua contribuição para a prevenção e controle de doenças, se requer várias ações, incluindo melhorar a concepção da prática médica para melhorar o acesso e monitoramento, facilitando ao paciente a auto-gestão através de uma melhor comunicação e apoio permanente; o reforço das redes de saúde para facilitar o acesso a serviços de diagnóstico especializados e cuidados necessários, assim como a melhoria dos sistemas de informação para facilitar o uso de registros médicos e a comunicação com os pontos da rede.

O Sistema de Regulação – SISREG, sistema que informatiza a Central de Regulação, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, no período de 1999-2002, representou o movimento inicial em direção à informatização dos Complexos Reguladores (Brasil, 2008).

As funcionalidades gerais de um sistema de regulação do acesso à atenção à saúde abrangem: a permissão ao controle de acesso das pessoas usuárias ao sistema informatizado, especialmente pelas equipes de APS; configurar o perfil do estabelecimento de saúde no que se refere à sua natureza de executante ou solicitante, à oferta e à complexidade da mesma; configurar a programação das ações e serviços de saúde para a população própria e referenciada, sua validade e controle financeiro; configurar a oferta por estabelecimento, por validade e controle financeiro; permitir a hierarquização entre as centrais de regulação; interagir com outros bancos de dados do SUS; gerar arquivos para base de dados nacionais; e gerar relatórios operacionais e gerenciais (Brasil, 2011).

As Centrais de Regulação destinam-se ao gerenciamento das ações de saúde ambulatorial que não têm resolubilidade na atenção primária à saúde, isto é, no encaminhamento do usuário que necessita de consultas com especialistas, de exames especializados ou de terapias (Vilarins, Shimizu, & Gutierrez, 2012). Nesse instante a gestão da fila se faz necessária acontecer. Uma vez identificada a situação e de forma a

garantir aos pacientes a melhor alternativa terapêutica, mesmo em situações de demanda reprimida ou de escassez de recursos do município, é importante a presença do regulador.

Este avalia a necessidade do caso pelo encaminhamento médico, consulta à disponibilidade assistencial mais adequada nas unidades de saúde mais próximas e autoriza a execução dos procedimentos necessários, baseado nas evidências clínicas e na Programação Pactuada Integrada (PPI).

Apesar das dificuldades na integração entre AB e atenção especializada, a implantação de centrais informatizadas de regulação e marcação de procedimentos especializados (SISREG) nas unidades de saúde da família tem sido uma iniciativa positiva. Os sistemas informatizados vêm permitindo aos gestores conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, definir prioridades clínicas, conhecer o índice de absenteísmo de consultas e exames, além de garantir maior imparcialidade e transparência no controle das agendas (Almeida et al., 2013).

Portanto, no conjunto de instrumentos da regulação assistencial, as centrais reguladoras configuram-se com uma forma organizativa de encaminhamento de pacientes, para garantir o acesso e monitorar os fluxos assistenciais. Todas essas ações interligadas demandam sistemas de informações integrados que disponibilizem informação para as tomadas de decisão relacionadas ao âmbito da regulação, Entre tais informações, destacam-se as epidemiológicas, as assistenciais e as operacionais, que permite identificar as necessidades da população, os recursos disponíveis e as condições de acesso às unidades referenciadas. Todos esses aspectos estão definidos no arcabouço regulatório mais recente da assistência à saúde no SUS (Marcon, 2013).

Ao se falar em sistemas de informação, informatização, vem de forma imperativa o entendimento de tecnologia, mas este conceito é mais amplo. Envolve medicamentos, equipamentos, procedimentos e os sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados com a saúde são oferecidos. No contexto de grande expansão das tecnologias em saúde, surgiu a Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) na década de 1970. Como não era possível tomar decisões corretas sem informações adequadas, a ATS transformou-se em um elo entre as evidências científicas e os gestores dos serviços de saúde, por produzir informações seguras e transparentes que respaldavam as tomadas de decisões e como resultado das atividades de estruturação, foi aprovada Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS) através da portaria 2690/2009 (Amorim et al., 2010).

A regulação em saúde busca o alcance dos objetivos do SUS por meio da garantia do direito à saúde, ao acesso com eficiência, eficácia e efetividade, prestação das ações e

serviços de saúde com qualidade e suficientes para a resposta às necessidades da população, a partir dos recursos disponíveis (Lima et al., 2013).

Assim fica consolidado que a apropriação destes conhecimentos por parte de todos os envolvidos no processo de regulação é vital, porém o que se sente de fato é que o conhecimento incipiente dos profissionais envolvidos limita uma atuação efetiva e satisfatória dos serviços de regulação (Vilarins, Shimizu, & Gutierrez, 2012). A regulação em saúde, como instrumento facilitador da gestão, e por estar incluída nas funções essenciais em saúde pública, deve ser amplamente abordada a fim de qualificar as práticas em saúde e fortalecer suas capacidades institucionais.

A governança dentro das novas práticas de gestão e das relações intergovernamentais devem ser consideradas num conceito mais amplo de governo, devendo enfatizar propostas e agregar pessoas e organizações a participarem, atuarem e responsabilizarem nas formulações das políticas públicas de modo a assegurar o direito ao acesso universal à saúde. O conceito de governança pode ser definido em diferentes áreas do saber, tais quais as relações internacionais, econômicas e corporativas, alternando os objetivos, mas com o foco na gestão de recursos (Almeida et al., 2013). Portanto, percebeu-se a necessidade de realizar estudos para desenvolver estratégias para o fortalecimento de ações de regulação no intuito de oferecer aos nossos usuários uma melhor atenção a sua saúde, à luz dos princípios doutrinários do SUS: a universalidade, a equidade e a integralidade.

Partindo do pressuposto que o acesso à população aos serviços de saúde de forma equânime e efetiva, focada nas suas reais necessidades de saúde, estando os profissionais envolvidos, sendo este participante ativo do processo de regulação do seu território, utilizando-se de protocolos, diretrizes e tecnologias, permitiria um melhor planejamento nas ações de saúde em todos os níveis de atenção e na qualidade da atenção prestada, surgiu o seguinte questionamento: quais as tecnologias que norteiam a gestão da regulação assistencial relacionada ao poder de governança para tomada de decisão dos gestores da Atenção Primária?

O objetivo do estudo é avaliar as tecnologias que norteiam a regulação assistencial relacionado ao poder de governança para tomada de decisão dos gestores da Atenção Primária.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza Qualitativa, com a aplicação do método de Revisão Integrativa, embasada em produções científicas realizadas sobre o tema “Tecnologias que norteiam a regulação assistencial relacionado ao poder de governança para tomada de decisão dos gestores da Atenção Primária”.

A Revisão Integrativa (RI) inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica permite aprofundar o conhecimento de um determinado tema a partir da seleção de artigos e da síntese sistemática e ordenada dos resultados de pesquisas relacionadas ao tema a ser estudado (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

Para a elaboração desta RI foram percorridos os pressupostos idealizados que se dividem em seis etapas: definição da pergunta da revisão; busca e seleção dos estudos primários; extração de dados dos estudos primários; avaliação crítica dos estudos primários; síntese dos resultados da revisão; apresentação da revisão (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008).

Para a escolha do tema para a RI utilizou-se da estratégia PICO, um acrônimo para **P**aciente, **I**ntervenção, **C**omparação e "**O**utcomes" (desfecho). A estratégia PICO pode ser utilizada para construir questões de pesquisa de naturezas diversas, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas entre outras.

Uma pergunta de pesquisa bem construída possibilita a definição correta de evidências necessárias para a resolução da questão clínica da pesquisa, maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, focaliza no escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias (Brasil, 2014).

Quadro 1 – Estratégias PICO

ESTRATÉGIA PICO	
P	Gestores em Saúde
I	Tecnologias
C	Não se aplica
O	Regulação Assistencial/Tomada de decisão/Governança

Fonte: elaboração própria (2021)

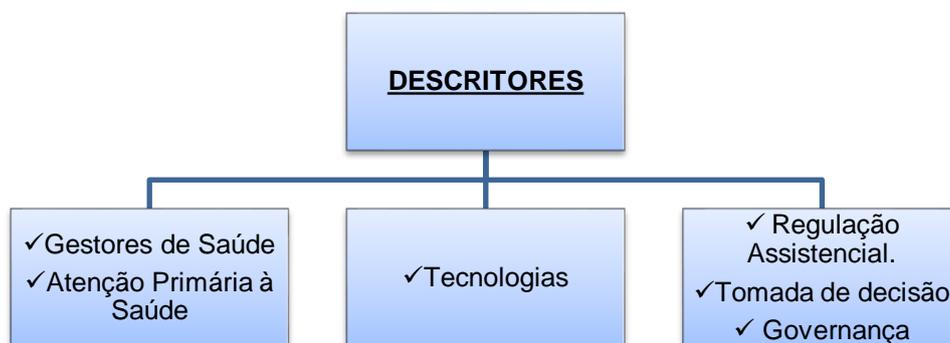
Para tanto a questão norteadora formulada para esta revisão foi: “Quais as tecnologias existentes na literatura que norteiam a regulação assistencial pelos gestores da Atenção Primária?”.

Em seguida foi realizada a busca na literatura científica, no período de maio a outubro de 2020, utilizando as seguintes bases de dados nacionais e internacionais: *Lilacs (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)* e *Scielo (Scientific Electronic Library Online)*. A pesquisa nas bases se deu através do Portal de periódico da CAPES, no espaço Comunidade Acadêmica Federada – CAFE, usando o acesso através da Universidade estadual do Ceará – UECE.

Os critérios de inclusão foram os artigos nacionais e internacionais, publicados em português, inglês ou espanhol, disponíveis na íntegra, artigos que respondessem à questão norteadora, estando todos compreendidos no período de 2014 a 2020 e como critérios de exclusão, foram descartados teses, dissertações, monografias, livros, jornais, anais, editoriais, cartas ao leitor e artigos duplicados.

Para a seleção dos artigos utilizou-se de indexadores contidos nos Descritores em Ciência da Saúde – DeCS, conforme figura abaixo. Realizou-se o cruzamento destes descritores e a busca nas bases de dados identificou 61 artigos.

Figura 2 - Descritores para busca



Fonte: elaboração própria (2021)

Após a constituição da amostra e seleção dos artigos (n=61) observou-se que: 3 não eram artigos científicos, 11 eram artigos duplicados, 32 não atendiam ao objeto de estudo, restando assim 15 artigos. Destes, realizou-se a leitura minuciosa e análise crítica e foi permitido excluir 9 artigos. Para tanto, foram selecionados 6 artigos que irão compor esta RI.

Para a coleta dos dados, construiu-se uma planilha utilizando o programa Excel, e os artigos selecionados foram inseridos nesta planilha que continham os seguintes itens: título, temática, autores, identificação do estudo (ano, revista/qualis, base de dados), objetivo do estudo, tipo de estudo, nível de evidencia, principais resultados e conclusões.

Tabela 1 - Organização dos estudos e sua classificação

Título	Temática	Autores	Ano	Revista	Qualis	Base de estudo	Objetivo	Tipo de estudo	Nível de evidencia	Resultado
--------	----------	---------	-----	---------	--------	----------------	----------	----------------	--------------------	-----------

Fonte: elaboração própria (2021)

A apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, conforme a Resolução 196/96 não se faz necessária neste tipo de RI, pois utiliza a base de dados da literatura científica.

3 RESULTADOS

Iniciou-se apresentando o perfil dos artigos selecionados para esta RI. Utilizou-se o período compreendido entre 2014 a 2020 e apenas 08 artigos atenderam o objetivo proposto, enumerados por algarismos romanos e em ordem decrescente de acordo com o ano de publicação.

Tabela 2 - Perfil dos artigos selecionados (n=8)

Artigo	Base de dados	Tipo de estudo	Revista/Qualis	Nível de evidência	Ano da publicação
I	SciELO	Descritivo abordagem qualitativa	Ciência e saúde coletiva/B1	4	2019
II	SciELO	Estudo de caso/ abordagem qualitativa	Saúde Em Debate/B2	5	2018
III	LILACS	Relato de experiência/ abordagem quantitativa e qualitativa	Revista de gestão em sistemas de saúde/ B3	5	2017
IV	LILACS	Descritivo abordagem qualitativa	Revista de gestão em sistemas de saúde/ B3	4	2017
V	SciELO	Transversal Abordagem Qualitativa	Ciência e saúde coletiva/B1	4	2016
VI	SciELO	Descritivo/ Revisão Bibliográfica	Caderno de Saúde Coletiva/B2	4	2016
VII	SciELO	Estudo de caso/ abordagem qualitativa	Saúde Em Debate/B2	5	2016
VIII	SciELO	Estudo de caso/ abordagem qualitativa	caderno de Saúde Pública/B2	5	2014

Fonte: elaboração própria (2021)

Quanto às bases de dados prevaleceu a SciELO com 6 artigos (75%) versus a Lilacs com 02. No tocante à tipo de estudo as pesquisas foram homogêneas, com destaque para o estudo de caso com 3 artigos (37,5%) e os demais – descritivo, transversal, revisão bibliográfica e relato de experiência com 01 artigo respectivamente. Chama a atenção

neste quesito, o quantitativo de estudos com abordagem qualitativa, totalizando 07 (87,5%).

Referente ao tipo de revista observou-se que a Revista de Gestão em Sistemas de Saúde apresentou 02 artigos (33,3%) e quanto a Classificação de Produção Científica- Qualis, houve a predominância das revistas catalogadas como B2, totalizando 4 (50%).

Na Prática baseada em evidências se faz necessário a classificação de evidências, caracterizadas de forma hierárquica, segundo o delineamento da pesquisa (Brasil, 2009).

Quadro 2 - Nível de Evidência

Nível 1	Evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;
Nível 2	Evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;
Nível 3	Evidências de estudos quase-experimentais;
Nível 4	Evidências de estudos descritivos (não experimentais) ou com abordagem qualitativa;
Nível 5	Evidências provenientes de relatos de caso ou experiências
Nível 6	Evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Fonte: elaboração própria (2021)

Deste modo tivemos a paridade (50%) na classificação dos artigos pelo nível de evidência sendo 04 classificados como nível 04 e 04 classificados como nível 5.

Quanto ao ano de publicação, respeitou-se os critérios de inclusão e prevaleceu os estudos publicados no ano de 2016, responsável por 3 artigos (50%), seguido de 02 artigos de 2017 e 01 artigo de 2014, 2018 e 2019.

Diante dos dados apresentados observamos uma escassez de artigos e podemos afirmar que a produção científica voltada para as tecnologias em saúde na regulação assistencial são bastante incipientes.

4 DISCUSSÕES

As tecnologias vêm assumindo um papel imprescindível, indispensável e de grande relevância para a saúde pública do Brasil. Acompanhar o crescimento tecnológico e as suas inovações num contexto no qual os recursos econômicos são limitados demonstram que a correta incorporação e difusão das tecnologias são um desafio para os sistemas de saúde no mundo inteiro.

O conceito de tecnologia em saúde é definido de forma muito ampla e compreende todas as intervenções que podem ser utilizadas para promover a saúde, prevenir,

diagnosticar, tratar, reabilitar ou cuidar de doenças em longo prazo. Isto inclui medicamentos, dispositivos, procedimentos e sistemas de organização e suporte dentro dos quais se fornece o atendimento (Brasil, 2009).

Outro conceito que pode ser definido está relacionado com as classificações que as tecnologias podem ser receber, variando entre leve, leve-dura e dura (Merhy, 2005). Todas tratam a tecnologia de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, até o produto final. As tecnologias leves são as das relações, dos vínculos; as leve-duras são as dos saberes estruturados, incluindo as teorias, a epidemiologia, e as duras são as dos recursos materiais tais como equipamentos e estruturas organizacionais.

De acordo com a Política Nacional de Regulação, foram institucionalizados em 2009 os Complexos Reguladores com a criação das Centrais de Regulação que são responsáveis em oferecer o acesso devido aos usuários, utilizando ações estratégias definidos em um plano de regulação assistencial em todos os níveis de complexidade (Vilarins, Shimizu, & Gutierrez, 2012).

Para tanto foi criado uma tecnologia, o SISREG – Sistema Nacional de Regulação, um sistema on-line desenvolvido pelo DataSUS do Ministério da Saúde que permite o gerenciamento de todo complexo regulatório, da oferta à demanda, do controle a regulação, da atenção básica à atenção quaternária, nos níveis municipal, estadual ou federal, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos (Brasil, 2008).

O SISREG é uma ferramenta que norteia o desenvolvimento da regulação em saúde, porém existem outras tecnologias que permitem a integração e a gestão das informações. Existem vários *softwares* disponíveis como, por exemplo, o *Business Intelligence* que trata-se de um conjunto de metodologias que coleta as informações e organiza em conhecimentos uteis para a tomada de decisão (Souza & Serinolli, 2017). Outro exemplo são os *softwares* desenvolvidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde que utilizam as ferramentas eletrônicas por meio de redes de internet para realizarem o gerenciamento eletrônico - regulação assistencial de acordo com sua área de abrangência e as necessidades da sua população (Souza & Serinolli, 2017).

Os protocolos assistenciais, desenvolvidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde, são indicados como ferramentas orientadoras do processo de regulação. Esses protocolos estabelecem critérios de classificação de risco, padronizam as solicitações, norteia os fluxos e estabelece comunicação entre os serviços (Peiter, Lanzoni, & Oliveira, 2016).

Sabe-se que a ausência dos protocolos tende a dificultar e fragilizar o processo de regulação. Para tanto, não é por si só suficiente levar em consideração os aspectos técnicos dos protocolos assistenciais. Nesta RI identificou-se estudos que trouxeram respostas bem positivas no processo de regulação assistencial, que ao incorporar algumas tecnologias conseguiram organizar fluxos, otimizar oferta, compreender as demandas, tornar os recursos mais efetivos (melhor aproveitados) e os serviços mais eficazes (mais qualificados).

As tecnologias leves se apresentam com grande destaque e relevância no processo de regulação, pois ao envolver todos os trabalhadores de saúde e estabelecer relações de vínculo, responsabilização e produção do cuidado integral com os usuários permitirá a otimização do acesso aos serviços de forma oportuna e equânime (Baduy et al., 2011).

As Tecnologias da Informação (TI), muito presente na área da saúde vem oferecendo cada vez mais versatilidade e funcionalidade, usando a ferramenta internet (Pinochet, Lopes, & Silva, 2014). Vários sistemas de informação são desenvolvidos no intuito de melhorar a prática clínica e a gestão por resultados.

Não obstante, é preciso rever os processos de trabalho e investir em tecnologias, não apenas aquelas voltadas para o incremento tecnológico - da computação e da informatização, mas também na tecnologia da empatia e da responsabilização. Sensibilizar, capacitar e empoderar todos os trabalhadores de saúde, da gestão ao assistencial, através da Educação Permanente seria uma saída para melhorar o acesso dos usuários aos serviços.

Em relação às Tecnologias da Informação (TI), são instrumentos fundamentais para apoiar a prática de gestão no contexto da saúde (Pinochet, Lopes, & Silva, 2014). Tem um forte poder de sinalizar de forma sistematizada os nós críticos e as potencialidades, fornecendo dados importantes que subsidiam o processo decisório e estratégico da gestão.

O uso de tecnologias em saúde padroniza conceitos que podem ser agrupados em um conjunto de dados, dando visibilidade e celeridade às ações na gestão, desde o diagnóstico a avaliação, no monitoramento da linha de cuidado de saúde dos indivíduos, possibilitando o planejamento e a tomada de decisão em saúde (Gava et al., 2016).

A transformação de um dado em informação consegue transmitir um significado dentro de um contexto. A compreensão de que as tecnologias existentes hoje são poderosas ferramentas de gestão e a aceitação e o entendimento desta informação por parte do gestor trará benefícios para seu processo de trabalho (Mai et al., 2017).

A tomada de decisão é uma responsabilidade e uma competência do gestor, pois através do conhecimento pessoal adquirido (referências técnicas, políticas, institucionais, sociais, culturais entre outras) ou através da percepção do problema, forma uma convicção e toma uma decisão assertiva, mobilizando recursos necessários e contribuindo para uma gestão de resultados eficientes (Tanaka & Tamaki, 2012).

A tomada de decisão coletiva reforça a importância de se comunicar nos arranjos organizacionais em rede para que seja possível superar as barreiras existentes para a coordenação do cuidado em saúde e a integralidade (Giovanella, 2006). Quando se fala em gestão, compreende-se intrinsecamente na melhoria do funcionamento dos serviços, devendo-se agregar aos objetivos da instituição algumas tecnologias e recursos que possibilite o gestor estar alinhado com os processos de trabalho e que seja capaz de em tempo hábil, tomar decisões que aumentem a eficiência, eficácia e a efetividade.

No tocante a regulação assistencial é imperativo afirmar que o uso de uma tecnologia eficiente somada com o poder de intervenção de um gestor que tenha conhecimento substancial de seu território e das necessidades de saúde de sua população venha a garantir o acesso ordenando, justo e universal.

5 CONCLUSÃO

A Regulação Assistencial é compreendida como um conjunto de ações, tecnologias, saberes que se interligam para garantir o acesso dos usuários aos serviços mediante as suas demandas e necessidades. É oportuno afirmar que as tecnologias se apresentaram como uma poderosa ferramenta de gestão, o gestor consegue avaliar de maneira mais direta as suas informações, propor ações de intervenção e monitorar as melhorias em tempo oportuno, etapas essas importante para a tomada de decisão.

A integração entre as Políticas de Regulação e as Redes de Atenção é um enorme desafio na construção do sistema de governança para o SUS, abrange desde o investimento em tecnologia da informação para integrar e articular as bases de dados das várias centrais, a organização, a disposição de mecanismos e o gerenciamento de forma compartilhada de diversas ações, procedimentos e estratégias envolvendo diferentes atores.

Alguns desafios precisam ser superados, como a aceitação de novas tecnologias, mudanças de atitude, planejamento e compreensão dos processos de trabalho por parte dos gestores e de todos os envolvidos no processo de regulação assistencial. A Educação

Permanente em Saúde seria uma solução, pois apresenta a situação da realidade atual e instiga a desenvolver melhorias nas suas práticas profissionais.

Algumas lacunas são consideradas gargalos para a efetivação da Política Nacional de Regulação, que vai desde os aspectos políticos, econômicos e organizacionais. A limitação financeira e a iniquidade requerem a utilização de critérios para priorização do acesso.

Devido á incipiência de estudos que versam sobre a regulação assistencial e o uso de tecnologias recomenda-se aprofundar essa temática e desenvolver estudos que avaliem o impacto das tecnologias e a construção de indicadores que permeiem o processo de governança e de tomada de decisão.

REFERÊNCIAS

Amorim, F. F. et al. (2010). Avaliação de tecnologias em saúde. *Ciências Saúde*, 21 (4), 343-348.

Almeida, P.F. et al. (2013). Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde em Debate*, 37 (98), 400 - 415.

Baduy R.S. et al. (2011). A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública*, 27 (2), 295-304.

Brasil. (2008). Sistema de Regulação (SISREG). Manual do Operador Solicitante SISREG III (Solicitação e Agendamento de Consultas e Procedimentos). Brasília, Distrito Federal, Ministério da Saúde, Datasus.

Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS. Brasília. 112 p.

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2011). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS.

Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognóstico./ Ministério da Saúde, Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde.

Cavalcanti, R. P., Cruz, D. F., & Padilha, W.W.N. (2018). Desafios da Regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 22 (2), 181-188.

Gava, M. et al. (2016). Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 21 (3), 891 - 902.

Giovanella, L. (2006). A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública*, 22: 951-63.

Lima, M. R. M. et al. (2013). Regulação em Saúde: conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista RENE*, 14 (1), 23-31.

Marcon, C. L. F. (2013). Implementação do Sistema de Regulação SISREG para o Agendamento de Consultas e Exames Especializados no município de Garopaba. Coleção Gestão da Saúde Pública, 2.

Mai, S. et al. (2017). O uso das tecnologias na democratização da informação em saúde. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 6 (3), 210-218.

Mendes E. V. (2011). As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Panamericana de Saúde.

Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto – enferm., 17 (4), 758-764.

Merhy, E. E. (2005). Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª ed. São Paulo: Hucitec.

Peiter, C. C., Lanzoni, G. M. M., Oliveira, W. F. (2016). Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. Revista Saúde Debate, 40 (111), 63-73.

Pinochet, L. H. C., Lopes, A.S., Silva, J. S. (2014). Inovações e Tendências Aplicadas nas Tecnologias de Informação e Comunicação na Gestão da Saúde. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 3, (2), 11-29. Doi: <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v3i2.88>.

Souza, D. C. C., & Serinolli, M. I. (2017). Agendamento Eletrônico Ambulatorial: Análise de Melhorias Após a Implantação. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 6 (3): 276-292. Doi: <http://dx.doi.org/10.5585/rgss.v6i3.341>.

Tanaka, O. U., & Tamaki, E. M. (2012). O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 17 (4), 821-828.

Vilarins, G. C. M., Shimizu, H. E., Gutierrez, M. M. U. (2012). A Regulação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. Saúde em Debate, 36(95), 640-647.