

MARIA SÍLVIA VALVERDE DE MORAES

**REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES:
DISPOSITIVO DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DO
TRABALHADOR DE SAÚDE**

SANTOS

2021

MARIA SÍLVIA VALVERDE DE MORAES

**REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES:
DISPOSITIVO DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DO
TRABALHADOR DE SAÚDE**

Dissertação apresentada para a defesa ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa Dra Karina Franco Zihlmann

Coorientadora: Profa Dra Maria Cristina Mazzaia

SANTOS

2021

Valverde de Moraes, MARIA SÍLVIA

Regulação de vagas hospitalares: O dispositivo de cuidado na perspectiva do trabalhador em saúde / Maria Sílvia Valverde de Moraes – São Paulo, 2021. 106 páginas.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Título em inglês: The hospital vacancy regulation: process as a care device from health worker's perspective

Descritores – regulamentação governamental; regulação e fiscalização em saúde; Cuidado Integral em Saúde.

RESUMO

Introdução: o processo de regulação é uma ação complexa que envolve aspectos objetivos e subjetivos, pois o profissional de saúde, diante das necessidades da população, pode ter que lidar com demandas e situações conflituosas e estressoras, o que leva à necessidade de formação contínua baseada nos princípios preconizados pelo SUS. **Objetivos:** caracterizar os processos de regulação de vagas hospitalares em três municípios da região da Baixada Santista, dando voz aos trabalhadores da área quanto aos diferentes contextos interpessoais e os processos de trabalho. **Método:** foi realizada uma pesquisa qualitativa, prospectiva, com trabalhadores do SUS do complexo regulador de vagas hospitalares. Foram realizadas nove entrevistas individuais em profundidade e categorizadas pelo método de Análise de Conteúdo temática. Todos os participantes assinaram um TCLE segundo a Resolução 466/12 do CNS. O projeto de pesquisa foi avaliado pelos Comitês de Ética dos municípios e pelo CEP-UNIFESP. **Resultados:** os discursos dos participantes foram categorizados em três núcleos temáticos: 1) Os sistemas de regulação SISREG e CROSS e MV; 2) Vivências objetivas e subjetivas e o contexto das relações interpessoais e 3) Formação/capacitação para atuar na área da regulação hospitalar. Os discursos dos participantes apontam ganhos após a implantação dos sistemas informatizados de regulação de vagas hospitalares, favorecendo o atendimento de forma mais equânime e justa. Por outro lado, indicam que não há suficiente articulação entre os sistemas/ profissionais e que há necessidade de formação continuada para consolidar os processos de regulação. **Considerações finais:** os sistemas de regulação trouxeram mais articulação de decisões e ações, diminuindo as interferências externas, suscitando maior transparência e agilidade na busca de adequar a oferta à demanda de vagas hospitalares. O profissional da regulação atua como um elo entre os serviços, e, nesse contexto, boas relações pessoais favorecem boa comunicação mais eficiente e resolutiva. Evidenciou-se a necessidade de qualificação e capacitação de forma continuada, bem como maior visibilidade do serviço da regulação de vagas hospitalares entre profissionais de saúde bem como na população em geral. **Produto técnico em educação:** será proposto um produto técnico de difusão na forma de um vídeo sobre o campo da regulação de vagas hospitalares. O público-alvo será: profissionais de saúde da rede de atenção em saúde, visando esclarecer dúvidas, processos e formas de comunicação facilitadoras para os processos de regulação da assistência, dando visibilidade e valorização ao serviço realizado pelo setor.

PALAVRAS-CHAVE: regulamentação governamental; regulação e fiscalização em saúde; Cuidado Integral em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: the regulation of hospital vacancy process is a complex action that involves objective and subjective aspects, because the health care professional, facing the needs of the population, may have to deal with conflicting and stressful demands and situations, that ends up leading to the need of continuous self-improving based on the principles pre-established by the Brazilian Health Care Unified System (SUS). **Objectives:** characterize the regulation process of hospital vacancies on three counties at Baixada Santista region – São Paulo state - Brazil, giving voice to the workers of the area about the different interpersonal contexts and the processes of work. **Method:** it was performed a qualitative and prospective research, with workers of the SUS at the complex of regulation of hospital vacancies. Nine in-depth individual interviews were realized and categorized by Thematic Content Analysis method. All of the participants signed a CF according to the Resolution 466/12 of the CNS. The research project was valued by the Committees of Ethics of the counties and CEP-UNIFESP. **Results:** the participant's speeches were categorized in three thematic categories: 1) The regulation systems SISREG and CROSS and MV; 2) Objective and subjective life experiences and the context of interpersonal relationships; 3) Formation/training to work at hospital vacancy regulation. The participants referred improvements after computerized systems implantation, favoring the attendance in the most equitable and fair manner. On the other hand, they indicate that there is not enough articulation between the systems and that there are needs of continuous formation. **Final considerations:** the regulation systems allowed more articulation between decisions and actions, lowering external interferences, bringing up more transparency and agility to adapt the hospital vacancies offer and demands. The regulation professional acts as a link between the services, and, in that manner, good interpersonal relationships favor communication more efficient and resolute. It became evident that the need of qualification, training and more transparency of hospital vacancies for the regulation process, and finally, the improvement of knowledge of this work along the health care professionals in general. **Educational technical product:** it was proposed a technical product of diffusion in the form of a video about the field of regulation of hospital vacancies. The target-audience is the health care professionals in general, aiming to clarify doubts about processes and easing communication, as well, giving visibility and value to the service performed at the area.

KEY-WORDS: government regulation; regulation and inspection in health; integral care in health.

“Eu sou parte de uma equipe. Então, quando venço, não sou eu apenas quem vence. De certa forma termino o trabalho de um grupo enorme de pessoas!”

Ayrton Senna

“Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor do meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia e a minha família que tanto me apoia em todas as minhas escolhas.”

AGRADECIMENTOS

À Profa Dra Karina Franco Zihlmann pela orientação, seu grande desprendimento em ajudar-me e amizade sincera.

À Coorientadora Profa Dra Maria Cristina Mazzaia pela grande contribuição com um olhar caracterizado pela humanização em enfermagem, a arte do cuidar.

À minha chefia direta Alessandra Taveira Fernandes pelo incentivo e grande auxílio com o fornecimento de material para a realização deste estudo.

Aos amigos do Cuco e colegas da turma do Mestrado Profissional da UNIFESP- 2018 pelo incentivo e grande troca de ideias e experiências nesse longo caminhar.

A todos os entrevistados por terem disponibilizado o seu precioso tempo e pelas informações prestadas que tanto contribuíram para o desenvolvimento desse estudo.

À equipe de gestores das Prefeituras Municipais das cidades que aceitaram participar da pesquisa, permitindo que o estudo pudesse ser realizado.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Convenções utilizadas nas transcrições das entrevistas.

Quadro 2 – Convenções utilizadas para a construção das legendas das falas destacadas das transcrições das entrevistas da pesquisa.

Quadro 3 - Principais dados sociodemográficos e profissionais dos participantes da pesquisa.

Quadro 4 - Núcleos estruturadores e categorias de análise dos discursos dos sujeitos participantes da pesquisa. Santos, 2020.

LISTA DE ABREVIATURAS

CROSS- Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde

CNS- Conselho Nacional de Saúde

HAC- Hospital Ana Costa

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

MS- Ministério da Saúde

MV- Sistema de Gestão de Dados Hospitalares

NOAS- Normas Operacionais da Assistência à Saúde

NOB- Normas Operacionais Básicas

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PSC- Pronto Socorro Central

RAS- Rede de Atenção à Saúde

SCMS- Santa Casa de Misericórdia de Santos

SISREG- Sistema Nacional de Regulação

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	Páginas
1- Apresentação: sobre a construção da pesquisa.....	12
2- Introdução.....	13
3 – Justificativa.....	22
4 – Hipóteses.....	23
5 – Objetivos.....	24
5.1. Objetivo geral.....	24
5.2. Objetivos específicos.....	24
6 – Método	25
6.1 Tipo de pesquisa.....	25
6.2 Locais.....	25
6.3 Participantes.....	27
6.4 Instrumentos.....	28
6.5 Procedimentos para coleta de dados.....	29
6.6 Tratamento e análise dos dados.....	29
6.7 Aspectos éticos.....	31
7– Resultados e discussão.....	33
7.1 Caracterização sintética de cada entrevista realizada.....	36
7.2 Categorização construída a partir da Análise de Conteúdo Temática das entrevistas realizadas.....	43
8 – Considerações finais.....	78
Referências	80
Anexos	
Anexo I – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).	
Anexo II – Roteiro temático da entrevista individual.	
Anexo III – Autorização da pesquisa no município de Santos.	
Anexo IV – Autorização da pesquisa no município de Guarujá.	
Anexo V - Autorização da pesquisa no município de Cubatão.	
Anexo VI – Parecer final consubstanciado de aprovação do CEP-UNIFESP.	
Anexo VII – Produto Técnico em Educação.	

1. APRESENTAÇÃO: SOBRE A CONSTRUÇÃO DA PESQUISA

O meu percurso profissional pode ser explicitado, como forma de identificação do apreço pela atuação na saúde pública e pela compreensão dos desafios que esse tipo de trabalho traz para a formação pessoal e atuação cotidiana, o que também pode ajudar a explicar o desejo da produção de conhecimento na área em que atuo profissionalmente.

A partir do ingresso na área da saúde, especificamente na Enfermagem, em meados de 1998, após passar por um período em contato com a profissão por questões familiares, tive o início da formação no curso técnico e, de forma natural, iniciei os estudos na graduação em Enfermagem. Após a formação acadêmica, trabalhei como enfermeira assistencial em um hospital de médio porte e, após um período, como chefia administrativa, o que propiciou a aproximação com as questões de gestão. É importante destacar que, concomitante a este emprego, me especializei em algumas áreas e ingressei na área da Educação, sendo professora de uma Escola Técnica de Enfermagem.

Em 2008, ingressei no quadro de funcionários públicos da cidade de Guarujá e, em 2013, no funcionalismo público na cidade de Cubatão. Em 2018, iniciei a atuação na área acadêmica, sendo preceptora de Estágios de Enfermagem pela Faculdade São Judas Tadeu. Atualmente permaneço com os três vínculos, o que se mostra desafiador. Em Cubatão atuo na linha de frente do cuidado assistencial em um Pronto Socorro. Em Guarujá atuo diretamente na Regulação de Vagas Hospitalares, o que despertou em mim o interesse em estudar o assunto proposto nesta pesquisa. Os dois Municípios – Guarujá e Cubatão (assim como as cidades da região) – têm um acordo quanto à regulação de vagas hospitalares, mas isso nem sempre se processa tranquilamente.

Dessa experiência profissional surgiu o interesse pelo tema, pois vislumbrou-se que nesse âmbito há dois pontos de vista: o de quem solicita e o de quem regula, que nem sempre dialogam ou entendem o papel de cada um. Sendo assim, o presente estudo pretende indagar e, quem sabe, trazer luz para questões que envolvem os desafios dos trabalhadores da saúde da Regulação de Vagas Hospitalares e colaborar para que esses pontos de vista distintos possam cooperar de forma a sustentar um trabalho segundo as premissas do SUS.

2. INTRODUÇÃO

No Brasil, a assistência à saúde, mais do que um direito constitucional, é considerada um direito da cidadania, sendo de responsabilidade do Estado e das instituições democráticas, formadas por alianças políticas. Além disso, essa concepção de assistência em saúde visa a inclusão social e a redução de desigualdades, garantindo a Universalidade, conforme materializado no Artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2016). Sendo assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública construída em um contexto de dimensões políticas, tecnológicas, ideárias e sociais.

No processo de institucionalização do SUS, a introdução de ações de natureza regulatória vem sendo caracterizada pela edição, no âmbito jurídico-institucional, das chamadas Leis Orgânicas da Saúde - Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 (Brasil, 1990a; Brasil, 1990b) e dos pactos administrativos, via Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS), que representam instrumentos de regulação para o processo de descentralização. Foram expedidas NOB em 1991, 1992, 1993 e 1996 e também foram elaboradas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS 01/2001 e 01/2002). O Pacto pela Saúde de 2006, Portaria GM/MS nº 399/2006 (Brasil, 2006a), por sua vez, estabelece as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Vida em Defesa do SUS e de Gestão.

Embora o cenário legislativo seja favorável, ainda há, no país, uma estrutura e dinâmica disfuncional, evidenciam-se os desencontros e/ou desequilíbrios entre a oferta do sistema e a demanda de necessidades de assistência à saúde (Farias e Melamed, 2003). Isso significa dizer que o processo de universalização está bem fundamentado na proposta do SUS, mas na prática, o que transparece são ações de exclusão em certas camadas sociais na atenção pública à saúde (Gawryszewski, Oliveira e Gomes, 2012). Para que o SUS seja um sistema eficaz torna-se necessária a ampliação do acesso aos serviços, além da estruturação desse aspecto de forma racional e efetivamente organizada.

Ainda assim, é possível observar que, ao longo dos anos, o SUS apresenta números imponentes, dignos do maior projeto público de inclusão social no Brasil. Conforme dados do DATASUS no SIHSUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS) (DATASUS, 2021), em 2019 foram realizados: 12.182.110 internações, 3.759.855.118 procedimentos ambulatoriais, 44.353.148 consultas especializadas e

250.587.685 consultas básicas por uma enorme rede que é composta de mais de 5,8 mil hospitais, 60 mil unidades ambulatoriais e 500 mil leitos hospitalares.

De acordo com Santos (2008) o SUS enfrenta dificuldades pela complexidade do desafio representado pela sua implementação, como, por exemplo, problemas severos no financiamento, na regulação, pobreza de vínculos afetivos nas relações de trabalho e falhas no modelo de gestão descentralizada. Conseqüentemente, temos muitos hospitais mal distribuídos geograficamente pelo território brasileiro, falta de leitos, baixa qualidade e eficiência no atendimento.

O planejamento do sistema de saúde utiliza ferramentas jurídicas e normativas, objetivando que se garanta e amplie o acesso no SUS. Como exemplo de tais ferramentas temos a constituição da rede de atenção básica resolutive, encaminhamentos responsáveis e adequados, bem como protocolos assistenciais e complexos reguladores (Gawryszewski, Oliveira e Gomes, 2012).

A regulação consiste em uma das principais funções governamentais do Estado moderno. Os governos iniciaram suas atividades regulatórias antes mesmo de proporcionarem serviços de bem-estar social aos cidadãos. Ela busca definir limites entre a sociedade e o Estado, bem como entre o governo e o mercado na garantia dos direitos constitucionais. Busca critérios e decisões frente aos conflitos e à produção de hegemonias, o qual, em contextos democráticos e justos, visa estabelecer parâmetros no escopo das atividades privadas, bem como atender a demandas expressas pelos movimentos sociais (Santos, 2006).

A Regulação de vagas é uma prática mundial. Um país como o Canadá, que é referência de modelo de saúde, adota processos de regulação com responsabilidade de cada província e território, ou seja, cada região definindo regras de regulação (Heidemann et al., 2018).

Na Austrália, considerado um dos melhores serviços de saúde do mundo, sendo provido por meio de uma parceria público-privada, o governo nacional é responsável pela criação e implementação de políticas, regulamentos e financiamentos em saúde. Na gestão dos serviços públicos, bem como o gerenciamento das relações para com os profissionais de saúde e unidades hospitalares, ficam ao encargo dos estados e territórios australianos (Runciman et al., 1995).

A França, como outros países da Europa, tem um sistema de saúde universal em grande parte financiado pelo Estado através de um sistema de seguro nacional de saúde,

que funciona com reembolsos. Como os custos são efetuados pelo paciente e posteriormente reembolsados, os pacientes têm a liberdade de escolha do local para receber serviços de saúde (Chevreul et al., 2010).

Conhecer como funcionam os processos de regulação de outros países pode ser relevante por nos ampliar a visão e nos trazer mais experiências. Porém, de fato, torna-se praticamente impossível traçar paralelos com os processos de outros países, na medida em que, o SUS brasileiro apresenta características singulares. Por outro lado, tal indagação sobre como funciona a regulação de vagas hospitalares em outros contextos pode contribuir para trazer informações relevantes para promover reflexões sobre o nosso contexto.

No Brasil, os dispositivos legais que pontuam o acesso e a regulação das ações têm como marco a publicação da NOAS 2001/2002, que define a regulação assistencial; bem como a publicação da Portaria SAS/MS nº 729/2002, que estabelece os indicadores destinados tanto a orientar a elaboração, quanto a avaliar a implementação dos Planos de Regulação, Controle e Avaliação de estados e municípios. A Portaria GM/MS nº 699/2006 regulamenta a implantação dos Pactos pela Vida e Gestão do SUS e institui o Termo de Compromisso de Gestão e a Portaria GM/MS nº 1559/2008 que institui a Política Nacional de Regulação do SUS.

A Regulação se divide em três níveis: Regulação de sistemas de saúde, Regulação da atenção à saúde e Regulação do acesso à assistência. A Regulação de sistemas de saúde, atua com os sistemas: municipal, estadual e nacional de saúde, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas, contemplando a elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão; Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde; Controle Social e Ouvidoria em Saúde; Vigilância Sanitária e Epidemiológica; Regulação da Saúde Suplementar; Auditoria Assistencial e Clínica e Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde (Brasil, 2008a).

A Regulação da Atenção à Saúde, por sua vez, torna-se responsável por garantir a adequada prestação de serviços à população, produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando dirigida aos prestadores públicos e privados, por gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento,

controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS (Brasil, 2004).

A Regulação do Acesso à Assistência, último tipo de regulação, 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, em tempo oportuno, dispondo, para tal, entre outros instrumentos, de diretrizes operacionais e protocolos de regulação. Efetiva a alternativa mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos às urgências, consultas, exames, leitos e outros que se fizerem necessários, disponibilizando, no âmbito da regulação de Urgências e Emergências, em casos de internação hospitalar, os leitos referenciados na medida da gravidade/emergência das condições clínicas, da complexidade tecnológica e da resposta exigida (Brasil, 2017).

Para além dos dispositivos de legislação, Lloyd-Bostock e Hutter (2008) definem que a regulação é uma atividade que pode ser melhor compreendida como um processo que envolve diferentes instrumentos, metodologias e abordagens. Por sua vez, Magalhães Júnior (2002) afirma que regulação não é sinônimo de gestão, mas um complexo método para a operacionalização. Esse autor entende a regulação no SUS de dois modos: a macrorregulação e a microrregulação. A macrorregulação significa uma articulação e prática de mecanismos estratégicos de gestão que podem se estabelecer em bases sociais públicas e entrelaçadas com os interesses do mercado privado. Por sua vez, a microrregulação traduz um olhar para a assistência, com enfoque operacional e instrumental.

Segundo Fiani (2004) o processo de regulação é complexo, dependendo do contexto institucional específico e dos participantes do processo. Com um recorte político-institucional, a linha de pesquisa desse autor propõe uma concepção de regulação a partir de condutas econômicas e estuda a regulação a partir da atuação de grupos de interesse.

Busse (2001) destaca que, a regulação é, portanto, uma das funções essenciais do Estado, indicando protocolos e padrões de contratos necessários ao provimento e à prestação de serviços de alta relevância e qualidade para a sociedade. Como função primordial, esse autor destaca que a regulação de um sistema complexo busca manter as funções operativas dentro dos limites, garantindo que o sistema em sua totalidade atinja os principais objetivos.

Um dos pontos principais do processo de regulação diz respeito a questão do “acesso”. Ao relacionar a regulação com os serviços de saúde, o acesso traduz-se em “porta de entrada”, ou seja, é visto como o local de recepção do usuário no momento da exteriorização de sua necessidade e, de certa forma, determina quais e como serão os caminhos por ele percorridos no sistema em busca da resolução necessária (Abreu e Jesus, 2006).

Outra questão a ser destacada é a equidade, que, de acordo com Farias et al. (2009), é um ponto de extrema importância e tem relações com a regulação da assistência à saúde, pois a mesma permite assegurar que se atinjam os objetivos sociais do sistema de saúde, equilibrando as deficiências entre oferta e demanda, caracterizadas como falhas de um determinado governo.

A proposta de descentralização do SUS também traz em seu bojo uma série de desafios. Apesar dos avanços e transformações na responsabilidade das três esferas de governo, decorridos do processo de descentralização, a regulação ainda tem se caracterizado como eminentemente cartorial. Ao que se nota, não foram modificados aspectos importantes da assistência, como seleção das prioridades, ordenamento da distribuição e expansão da oferta de serviços e disparidade entre demanda e oferta, que persistem como heranças do modelo assistencial anterior ao SUS.

O Ministério da Saúde explicitou a necessidade de regular a assistência à saúde no SUS, inicialmente, por dificuldades funcionais em torno da descentralização dos serviços no processo de municipalização do SUS, a partir da NOB/96 e, posteriormente, por conta da compra/oferta de serviços pelo governo, determinada, historicamente, pelo interesse dos prestadores dos serviços de saúde (Brasil, 2007). Outra norma importante foi a NOAS 01/02 que propôs que estados e municípios organizassem suas estruturas de controle, regulação e avaliação para garantir o acesso de seus cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando recursos disponíveis e reorganizando a assistência, buscando a melhor alternativa em termos de impacto na saúde da população. Para a reorganização destas atividades, foram definidas atribuições básicas inerentes a cada nível do governo a serem contempladas no Plano de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência prevista na NOAS.

De acordo com Gawryszewski, Oliveira e Gomes (2012), o Governo Federal brasileiro apresenta mecanismos de ordenação da assistência no SUS com a finalidade de ajustar a oferta disponível à necessidade do cidadão. Definida pela regulação baseada na oferta, que também compreende mecanismos voltados para a demanda, quando

propõe critérios para priorização e organização de fluxo dos pacientes. Nesse âmbito, as limitações financeiras do sistema de saúde aumentam a necessidade de regulação da oferta, demanda e acesso aos serviços. Atualmente, tanto as unidades privadas, quanto as unidades que atendem ao SUS, fazem o uso de uma ação regulatória apropriada às suas características. O descontrole do livre acesso pelos usuários e a definição da oferta de serviço pelos provedores e profissionais de saúde, levam à superprodução desnecessária (Harrison e Moran, 2000), fenômeno que pode ser também observado em outros países.

Farias et al. (2009) frisam que o ganho conquistado pelo processo de descentralização das ações e serviços de saúde para a assistência médico-hospitalar no SUS é inegável, porém a inexistência de uma política específica de regulação efetiva no SUS explicita contratempos como falta de leitos e de vagas para diversas modalidades de tratamento, falhas devido à ausência de regulação adequada do sistema (no que se refere à distribuição entre oferta e demanda) e, conseqüentemente, problemas no processo de resolutividade e racionalidade, distorcendo a prestação da assistência à saúde.

Podemos, portanto, salientar que a regulação está assentada sobre dois grandes pilares: 1) quantidade adequada de ações e serviços acessíveis e resolutivos aos cidadãos; e 2) boa qualidade dos padrões dos serviços ofertados. Estes propósitos definem a necessidade de ações no plano estratégico, tático-operacional e instrumental, caracterizando-se como função importante na relação entre o Estado, o setor público de forma ampliada, a sociedade e os mercados (Farias et al., 2009).

Um aspecto que não se pode desconsiderar no processo de regulação diz respeito a possibilidade de interferência de ordem política ou de interesses locais. Porém, não se pode desconsiderar que a regulação é um processo político além de econômico, estando em alguns casos susceptível a pressões de grupos de interesses diversos, sejam eles legítimos ou não, e que envolvem estratégias de coerção e legitimação características do jogo político (Ferreira, 2004). Em um cenário ideal, um aspecto fundamental para justificar a relevância da atividade regulatória consiste no fato de que as decisões técnicas sejam realizadas sem interferências políticas (Salvatori e Ventura, 2012).

A regulação de leitos hospitalares estabelece o controle (leitos e internações), facilitando o acesso com definição de fluxos, ofertando a atenção integral e proporcionando por completo o processo de integração da rede. Segundo Almeida et al.

(2010), o contato informal entre profissionais tende a facilitar o acesso desigual, impedindo a utilização de critérios de prioridade clínica.

Cabem as Centrais de Regulação realizar a interface com as Unidades solicitantes; delinear o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS, administrar e disponibilizar leitos de internação, segundo critérios preestabelecidos e protocolos que deverão ser instituídos pelo setor. Além disso, deve buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do município, quando necessário, conforme pactuação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2017).

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, o setor de regulação deve funcionar 24 horas (sete dias por semana) e possuir uma estrutura mínima composta por médico horizontal ou diarista, enfermeira diarista e assistente social. Para a distribuição das vagas, avalia-se a complexidade do atendimento, a gravidade do paciente e padronizam-se os cuidados com as ferramentas da gestão do cuidado. Ações como articulação com a RAS e o monitoramento (indicadores de processo e indicadores de resultados) também são de extrema necessidade no processo regulatório.

Os diferentes contextos apresentados permitem conceber que o processo de regulação é bastante complexo e que há uma distância entre o que a legislação prevê e o que ocorre de fato na prática cotidiana de seus operadores, especialmente no cenário brasileiro. Nesse sentido, na presente pesquisa, foi destacada a importância de uma política de regulação fundamentada pelo cuidado integral, que propicia o bom funcionamento das ações de atenção.

Porém, além do aspecto regulatório e de práticas, é necessário colocar em foco o trabalhador da saúde que é responsável pelo processo de regulação. Sabe-se que o trabalhador em saúde, em determinadas situações, se depara com estresse, dor, medo, sofrimento e, em alguns casos, com a ausência de capacitação técnica, entre outros desafios, o que faz de alguns contextos locais desumanizantes, tanto para quem oferece a regulação, quanto para o usuário. Sendo assim, uma das propostas da presente pesquisa foi trazer luz à experiência dos sujeitos envolvidos nesse processo de regulação, permitindo identificar toda a complexidade desse tipo de ação em saúde e promovendo a construção de práticas que possam atender demandas de cuidado integral que, de fato, viabilizem o que está regulamentado no âmbito da pactuação legal.

Na região da Baixada Santista, os sistemas de Regulação Municipais são independentes, contando apenas com um suporte na esfera Estadual. No município de Santos, o setor de regulação foi criado em 2003, funciona 24 horas por dia, sete dias por

semana, e conta com uma equipe composta por médicos, enfermeiros e auxiliares administrativos, que realizam cargas horárias administrativas e também laboram em turnos de 12 horas, atuando como plantonistas. No setor, além de contar com a Regulação de leitos hospitalares, a equipe também é responsável pela marcação de exames em caráter emergencial. As ferramentas utilizadas por essas equipes são os sistemas: MV, Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS).

O SISREG é um sistema web, criado para o gerenciamento de todo complexo regulador, por meio de módulos que permitem a regulação do acesso de consultas, exames, procedimentos de média e alta complexidade, bem como a regulação das internações de urgência e cirurgias eletivas. O CROSS também é um sistema web, administrado, em nível Estadual, como uma ferramenta de gestão nas áreas de Regulação, visando propiciar a oferta assistencial adequada. O sistema MV é um sistema web, administrado em nível Municipal e que tem como missão tornar a saúde mais eficiente por meio do conhecimento de gestão e tecnologia, contribuindo para uma sociedade saudável. O sistema reúne um conjunto de dados do paciente, facilitando o fluxo entre os setores, proporcionando uma gestão mais eficiente com melhor atendimento aos pacientes. As solicitações de vagas Hospitalares são inseridas pelas Unidades de Pronto Atendimento no SISREG e o médico regulador distribui as vagas de acordo com a complexidade e critérios de classificação.

No município de Cubatão, o setor de regulação foi criado em 2018, funciona 24 horas por dia, sete dias por semana e conta com uma equipe composta por: chefe gestor, analista de sistemas, médicos, enfermeiro e auxiliares administrativos. Apenas os auxiliares administrativos realizam turnos de 12 horas, atuando como plantonistas, os demais laboram em horário comercial. O setor é responsável pela Regulação de leitos hospitalares e exames em caráter emergencial. A ferramenta utilizada desde a criação do setor é o *email* que faz a replicação dos dados de pacientes entre os setores envolvidos. As solicitações são inseridas no *email* e o auxiliar administrativo distribui as vagas de comum acordo com a equipe solicitante, sendo o critério a ordem de chegada do paciente. Em casos específicos, de extrema necessidade, em que não há possibilidade de aguardar atendimento na fila já existente, a equipe solicitante realiza o contato via telefone para viabilizar a troca das vagas. Apesar de o sistema SISREG não estar implantado correntemente, os funcionários tem conhecimento e acesso ao portal.

No município de Guarujá, o setor foi criado em 2009, funciona 24 horas por dia,

sete dias por semana e conta com uma equipe composta por médicos, enfermeiros e oficiais administrativos, que realizam cargas horárias administrativas e apenas os médicos laboram em turnos de 12 horas, atuando como plantonistas. No setor, além de contar com a Regulação de leitos hospitalares, a equipe também é responsável pela Regulação Ambulatorial e marcação de exames tanto em caráter emergencial, como em caráter eletivo. As ferramentas utilizadas são os sistemas SISREG e CROSS. As solicitações são inseridas no sistema e o médico regulador distribui as vagas de acordo com a complexidade e critérios de classificação.

Atualmente há poucos estudos sobre o tema, portanto surge a reflexão: como ocorrem os processos de regulação de vagas hospitalares na Baixada Santista? Como se processam as relações interpessoais entre os envolvidos nesse cenário? Existem demandas de formação continuada? Tais questionamentos nortearam nossa atenção na construção da presente pesquisa.

3. JUSTIFICATIVA

O presente projeto de pesquisa se justifica pela necessidade e importância em se identificar como ocorre o processo de regulação da assistência no SUS, especialmente no que concerne à regulação de vagas hospitalares em três cidades da Baixada Santista, sendo um processo pouco estudado, embora existam várias questões de ordem prática que perpassam essa atividade no contexto atual. Além disso, tal pesquisa permite trazer luz quanto ao ponto de vista dos trabalhadores da saúde envolvidos no processo de regulação de vagas.

4. HIPÓTESES

Existem poucos estudos sobre como ocorrem, de fato, os processos de regulação de vagas hospitalares no contexto onde se pretende realizar o estudo, havendo a possibilidade de ocorrer uma discrepância entre o que preconiza a legislação e a atuação na prática.

Outro aspecto de interesse da presente pesquisa é a hipótese de que os sujeitos envolvidos, especialmente os trabalhadores, vivenciam uma invisibilidade de suas demandas, especialmente quanto aos aspectos de formação, gerando, então, divergências de expectativas e dificuldades nas relações interpessoais entre trabalhadores solicitantes e reguladores.

Espera-se que a pesquisa encontre subsídios para construção de um dispositivo técnico que possa ajudar a facilitar os processos de trabalho desse contexto.

Por fim, cabe aqui explicitar nossa opção por evidenciar hipóteses para a pesquisa, embora isso não seja de praxe no contexto de pesquisa qualitativa, pois houve a consideração da possibilidade de traçar pontes de comunicação com cientistas que trabalham em perspectivas distintas e que entendem o uso de hipóteses como alicerce fundamental para a realização de qualquer pesquisa. Sendo assim, entende-se que, com essa explicitação, abrem-se possibilidades de interface com outras perspectivas metodológicas.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo geral

Caracterizar os processos de regulação de vagas hospitalares em três municípios da região da Baixada Santista, identificando os diferentes contextos de relações interpessoais e os processos de trabalho.

5.2. Objetivos específicos

- Identificar barreiras ou facilitadores nas relações dos trabalhadores em saúde envolvidos no processo regulador;
- Identificar necessidades de formação dos trabalhadores em saúde do Complexo Regulador;
- Construir um produto técnico a partir da experiência da pesquisa que contemple como ocorrem os processos de trabalho no Complexo Regulador, podendo ser amplamente difundido à rede de saúde, outras áreas profissionais e a população em geral, dando visibilidade ao trabalho e importância do setor.

6. MÉTODO

6.1 - Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, prospectiva, realizada com trabalhadores da área da saúde atuantes no âmbito do SUS do complexo regulador de vagas hospitalares de três municípios da região da Baixada Santista.

Quanto ao método, optou-se pela metodologia qualitativa, uma vez que ela se propõe a melhor alcançar aquilo que é do interesse do pesquisador, um nível particular da realidade, o “da produção humana, (...) o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças e das atitudes, (...) realidade que precisa ser exposta e interpretada” (Minayo, 2009), nível este, que não pode ser quantificado. Do mesmo modo, concebe-se que, se tratando de uma pesquisa qualitativa aplicada à saúde, segundo Turato (2005), “[...] emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas” (p. 509).

6.2 - Locais

Uma breve descrição dos contextos locais onde foi realizada a pesquisa torna-se importante para nortear algumas discussões. Um dos locais onde foi realizada a pesquisa foi na cidade de Santos, que é uma cidade localizada no Sudeste, no Litoral do Estado de São Paulo, com 280,7 km² área geográfica. É a sede da Região Metropolitana da Baixada Santista e possui a maior participação econômica da região. Com a economia crescente, tem população estimada em torno de 432.957 habitantes (IBGE, 2018).

Cabe destacar que a região da Baixada Santista tem uma trajetória histórica marcante, pois no final de 1980, a cidade de Santos ganhou destaque na imprensa nacional e internacional com o título de "Capital da AIDS", por apresentar a maior incidência de casos de Aids por 100 mil habitantes na época. Segundo Silva et al. (2007), Santos é uma cidade de veraneio e turismo e que possui muitos jovens universitários. Com maior participação econômica na região, ocupando a 5ª colocação entre as não capitais mais importantes para a economia brasileira, outro traço marcante é a presença do porto que se encontra na rota internacional do tráfico de drogas, cuja

facilidade de acesso é descrita na literatura como fator de risco para doenças infecto contagiosas. Além disso, a cidade de Santos está listada com o a 10ª colocada no *ranking* de qualidade de vida e, atualmente, possui o maior número de idosos no país, sendo que um a cada quatro santistas são idosos (IBGE, 2018).

Em Santos, o serviço de Regulação de vagas hospitalares está inserido em um Complexo no qual, apesar de não fazerem parte do processo, estão na mesma planta física onde se encontra o SAMU e o Serviço de Atenção Domiciliar (SEADOMI). A equipe é composta por 24 profissionais sendo: um coordenador que faz parte do quadro de gerenciadores, um Chefe de Seção, um Chefe Administrativo, 12 médicos, nove enfermeiros e um auxiliares administrativos. A Seção de Regulação trabalha com as Diretrizes Operacionais e com protocolos pré-estabelecidos. Em 2019, autorizaram 25.692 solicitações de internações provenientes das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Possui em sua rede municipal cinco hospitais com leitos SUS e quatro UPAs. As UPAs inserem os dados do paciente no sistema SISREG e o regulador municipal utiliza os protocolos e critérios clínicos para a distribuição das vagas existentes nos hospitais da cidade. Nos casos em que os equipamentos de saúde da cidade não possuem expertise ou infraestrutura para o atendimento necessário, o regulador municipal insere os dados do paciente no sistema CROSS, contando, então, com as vagas estaduais distribuídas na região.

Outro local de coleta de dados foi na cidade de Guarujá, localizada no Sudeste, no Litoral do Estado de São Paulo, na Baixada Santista, com 142,6 km² de área geográfica. É considerada uma cidade turística e a cidade é conhecida como "Pérola do Atlântico", devido às suas belas praias. Caracteriza-se como a terceira cidade mais populosa da região, estimada em torno de 318.107 habitantes (IBGE, 2018). O serviço de Regulação de Vagas Hospitalares está inserido em um Complexo de Saúde, onde está localizada também a Secretaria de Saúde. A equipe é composta por 16 profissionais, sendo: um diretor, dois coordenadores, um dentista, nove médicos, um enfermeiro e dois auxiliares administrativos. O setor trabalha com Diretrizes Operacionais e com os protocolos pré-estabelecidos. Em 2019, autorizaram 11.776 solicitações de internações provenientes das UPAs. Possui um hospital com contratação de leitos SUS e em sua rede Municipal conta com cinco UPAs. As UPAs inserem os dados do paciente no SISREG e o Regulador Municipal utiliza os protocolos e critérios clínicos para a distribuição das vagas existentes no único hospital com leitos SUS da Cidade. Nos casos em que a cidade não possui equipamentos de saúde com expertise

para o atendimento necessário, as UPAs inserem os dados do paciente no sistema CROSS, contando então com as vagas estaduais distribuídas na região.

Cubatão, outro local de coleta de dados, cidade também localizada na Baixada Santista, possui 142,3 km² de área geográfica, sendo o único município da região que não é litorâneo. Conhecida por ser um polo industrial, enfrentou no passado a agravos em saúde em função da poluição. Na década de 1980, foi considerada pela ONU como a cidade mais poluída do mundo. Contudo, com a pactuação de indústrias, comunidade e governo, a cidade conseguiu controlar 98% do nível de poluentes no ar. Em 1992 recebeu da ONU o título de "Cidade-símbolo da Recuperação Ambiental". Possui a população estimada em torno de 129.760 habitantes (IBGE, 2018). O serviço de Regulação de Vagas Hospitalares está inserido em um espaço físico no único Hospital da Cidade. A equipe é composta por 13 profissionais, sendo: um gestor, um analista de sistemas, seis médicos, um enfermeiro e quatro auxiliares administrativos. Em 2019 autorizaram 4.943 solicitações de internações provenientes da UPA e do Pronto Socorro Central - Adulto e Infantil (PSC). Possui em sua rede um hospital com contratação de leitos SUS, uma UPA, um Pronto Socorro Central e um Pronto Socorro Infantil. A UPA e os PSCs encaminham os dados dos pacientes por *email* e o setor utiliza alguns protocolos como, por exemplo, ordem cronológica de data de internação para a distribuição das vagas existentes no único hospital com leitos SUS da cidade. Nos casos em que a cidade não possui equipamentos de saúde com expertise para o atendimento necessário, os profissionais da UPA e os PSCs inserem os dados do paciente no sistema CROSS, contando então com as vagas estaduais distribuídas na região.

6.3 - Participantes

Foram convidados a participar da pesquisa os profissionais envolvidos nos processos de regulação dos municípios envolvidos, sendo estes, profissionais das áreas: administrativa, médica e de enfermagem.

Como critério de inclusão, fizeram parte da pesquisa: profissionais da área de regulação de vagas hospitalares com vínculo empregatício formal, maiores de 18 anos, que atuam na área há, no mínimo, seis meses. Foram excluídas da amostra pessoas que não manifestaram interesse em participar ou não puderam disponibilizar o tempo para as entrevistas, que estavam em período aquisitivo de férias ou licença médica.

Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) que segue todos os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo I) no qual foram informados das características da pesquisa.

Quanto ao número de sujeitos da pesquisa, cabe lembrar que geralmente as pesquisas qualitativas têm um número de participantes que pode variar entre cinco e quinze entrevistados, podendo ser modificado para baixo ou para cima, de acordo com o campo e objetivos propostos pela investigação (Turato, 2011). Por sua vez, Minayo (2014) propõe que a amostragem em pesquisa qualitativa deve refletir as múltiplas dimensões do objeto de estudo. Deste modo, a pesquisa foi realizada com uma amostra de conveniência de três casos em cada município estudado, sendo que tal amostra pode ser considerada adequada para os objetivos deste projeto, o que também leva em conta a disponibilidade de tempo previsto para a realização de uma pesquisa de mestrado profissional.

6.4 - Instrumentos

A pesquisa fez uso de um instrumento em forma de entrevistas individuais semiestruturadas e aprofundadas, que contou com um roteiro temático de questões norteadoras (Anexo II).

As perguntas norteadoras do instrumento foram separadas em dois blocos. No primeiro bloco constam os dados sócios demográficos como: nome, sexo, idade, profissão, tempo de formação, tempo laboral no setor pesquisado, carga horária, escolaridade, estado civil e número/ idades de filhos. Tais respostas contribuíram para traçar o perfil sociodemográfico e profissional de cada participante. No segundo bloco, as perguntas serviram para nortear temáticas de interesse sobre a Regulação de leitos Hospitalares, sendo subdivididas em diferentes aspectos: experiência na área de Vagas Hospitalares (sob as duas vertentes - quem regula e quem solicita), sobre a formação específica na área, sobre o funcionamento do setor, sobre as ferramentas disponíveis e sobre demandas atuais dos profissionais do setor. As perguntas foram criadas a partir da leitura de literatura publicada sobre o assunto e a experiência prática da pesquisadora na área.

A coleta de dados ocorreu no próprio equipamento de saúde onde os participantes laboram e onde ocorrem os processos de regulação de cada município. Foi realizada em uma sala privativa, permanecendo apenas o participante e a pesquisadora, com duração de aproximadamente 50 minutos. Tal conduta corroborou para a

fidedignidade da pesquisa, evitando interferências externas. As entrevistas foram gravadas com anuência explícita do participante.

Todos os cuidados tomados com o planejamento e realização desta pesquisa qualitativa foram baseados nas orientações do “*Consolidated criteria for reporting qualitative research – COREQ*” para planejamento da pesquisa (Tong, Sainsbury e Craig, 2007).

6.5 - Procedimentos para coleta de dados

Primeiramente o pesquisador se dirigiu aos equipamentos de saúde onde foi realizada a pesquisa e fez uma apresentação de sua intenção junto à coordenação do mesmo, solicitando sua ciência e anuência quanto à realização do projeto, para apresentação formal nos Comitês de Ética em Pesquisa das três secretarias municipais de saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Mediante concordância inicial dos gestores dos equipamentos, o projeto foi apresentado e analisado pelos Comitês de Ética das três cidades e, posteriormente, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Mediante a aprovação de todas as instâncias, a coleta de dados foi iniciada.

Após a identificação dos participantes que se adequaram ao critério de inclusão, foi feito um contato via *e-mail*, telefone ou pessoalmente com o mesmo, apresentando a proposta da pesquisa e fazendo o convite para participação na mesma. Mediante concordância em participar, foi marcado um encontro para a realização da entrevista individual. No encontro de coleta de dados com o participante, inicialmente, foi aplicado o TCLE e, em seguida, a entrevista em profundidade.

6.6 – Tratamento e análise dos dados

As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente pela pesquisadora, sendo realizada a análise dos dados coletados pela técnica de Análise de Conteúdo temática (Bardin, 2011), destacando núcleos de sentido e temas relevantes, de forma a permitir a construção de categorias temáticas representativas do conteúdo dos discursos. Foi realizada uma leitura flutuante dos relatos transcritos destacando-se núcleos temáticos mais frequentes e as temáticas singulares. Após essa etapa, foi iniciada a organização de categorias mais específicas em subgrupos e, posteriormente, a organização de categorias gerais de forma lógica e englobando categorias específicas. Nesse sentido, o processo

caminhou dos aspectos mais específicos dos núcleos temáticos do discurso para os aspectos mais gerais, aumentando a complexidade das categorias. Cabe destacar, ainda, que a construção da análise de categoria temática contou com a participação de três pesquisadores com expertise em pesquisa qualitativa (a pesquisadora, a orientadora e a coorientadora).

A partir das transcrições das entrevistas realizadas, a pesquisadora construiu um relato sintético apresentando cada um dos participantes da pesquisa, possibilitando a explicitação de questões destacadas em cada caso e interpretações pertinentes com a literatura da área.

O Quadro 1 apresenta as convenções utilizadas nas transcrições das entrevistas e o Quadro 2 apresenta as convenções utilizadas para a construção das legendas das falas dos participantes da pesquisa destacados para a apresentação de resultados e discussão.

Quadro 1 – Convenções utilizadas nas transcrições das entrevistas.

CONVENÇÕES	SIGNIFICADO
...	Pausas, silêncios prolongados ou interrupções no discurso.
E	Entrevistador
E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9	Sigla de referência de cada participante
()	Comentários sobre aspectos não verbais
(...)	Interrupção do trecho transcrito ou recorte do trecho destacado para discussão

Fonte: elaborado pelos próprios autores.

Quadro 2 – Convenções utilizadas para a construção das legendas das falas destacadas das transcrições das entrevistas da pesquisa

INFORMAÇÃO	DADO	ABREVIATURA
-------------------	-------------	--------------------

nome do entrevistado	entrevistado 1	E1
idade	anos	a.
sexo	masculino	sm
	feminino	sf
formação profissional	medicina	med.
	enfermagem	enf.
	administrativo	adm.
	jornalismo	jor.
	analista de sistemas	asis.
tempo de atuação na área da regulação	anos	a.at.

Fonte: elaborado pelos próprios autores.

Diante das convenções apontadas, os trechos dos discursos dos participantes que foram destacados nesta dissertação, estão acompanhados de uma legenda que permite identificar dados fundamentais dos participantes como, por exemplo, os trechos destacados do discurso transcrito do entrevistado, acompanhados da seguinte legenda: “E1, 44a, sf, enf., 6m de a.at.”, adaptada para cada caso, conforme convenções apresentadas no Quadro 2. Tal conduta corrobora para preservar a identificação dos participantes entre os seus pares, assim como suas opiniões e falas.

As transcrições das falas nos trechos destacados nessa dissertação foram utilizadas na forma literal de linguagem, para que pudessem expor a veracidade das emoções, pensamentos, características e personalidades dos sujeitos da pesquisa.

6.7 - Aspectos Éticos

Os aspectos éticos dessa pesquisa foram preservados de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I) no qual foram esclarecidos do teor da pesquisa e receberam uma via do mesmo.

A pesquisa foi avaliada e autorizada pelos Comitês de Ética dos municípios onde foi realizada a pesquisa (Anexos III, IV e V), bem como pelo Comitê de Ética da UNIFESP sob nº CAAE 08120819.9.0000.5505 (Anexo VI).

Ao final da pesquisa, a dissertação será disponibilizada aos Comitês de Ética em Pesquisa dos municípios envolvidos.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas nove pessoas, sendo cinco do sexo feminino e quatro do sexo masculino, com média de idade de 49 anos (sendo mínima de 37 anos e máxima de 71 anos). Oito participantes têm filhos com idades que variam entre um a 28 anos.

Quanto à formação profissional, participaram em cada município, um profissional de cada área (um médico, um enfermeiro e um auxiliar administrativo), totalizando três enfermeiros, três médicos e três auxiliares administrativos. Todos os participantes possuem curso superior completo, inclusive os que não necessitam da formação para ingressar neste cargo. Além disso, oito participantes possuem especialização em áreas distintas, as quais colaboram em sua totalidade com as práticas do cotidiano nesse setor. O tempo de formação foi, em média, de 21 anos (variou entre dois a 43 anos) e o tempo de atuação na área da regulação de vagas hospitalares foi, em média, de seis anos (variou de 6 meses a 12 anos). A carga horária de trabalho na área da regulação variou entre 20 a 44 horas semanais.

Por se tratar de uma pesquisa de Mestrado Profissional, o estudo foi realizado em alguns dos ambientes profissionais da pesquisadora, portanto alguns dos entrevistados eram previamente conhecidos, embora suas funções profissionais sejam distintas. De todo modo, cabe informar que todos os cuidados éticos foram adotados para evitar qualquer tipo de interferência ou viés por parte da pesquisadora, deixando os participantes totalmente à vontade para participar ou não, bem como expressar livremente quaisquer tipos de opiniões sobre os assuntos abordados, preservando os sujeitos e a isenção da pesquisadora.

As principais informações sociodemográficas e de formação profissional estão apresentadas no Quadro 3, a seguir.

Quadro 3 - Principais dados sociodemográficos e profissionais dos participantes da pesquisa.

Entrevistado	Sexo	Idade (anos)	Estado civil	Filhos Idade em anos / (Sexo)	Escolaridade	Profissão	Tempo de formação (anos)	Cidade onde trabalha	Carga horária (semanal em horas)	Tempo de trabalho nessa área (anos)	Possui outro trabalho
E1	F	44	divorciada	28 (M) e 18 (M)	Pós-graduação	enfermeira	24	Cubatão	40	1/2	sim
E2	M	37	casado	1 (M)	Pós-graduação	jornalista	10	Guarujá	40	9	não
E3	F	71	viúva	27 (M) e 24 (M)	Pós-graduação	médica	43	Guarujá	20	6	sim
E4	F	47	solteira	não	Pós-graduação	enfermeira/ contadora	05	Santos	40	5	sim
E5	F	45	casada	6 (M) e 3 (F)	Pós-graduação	enfermeira	16	Santos	40	12	não
E6	M	57	casado	17(M)	Pós-graduação	médico	32	Santos	20	9	sim
E7	M	51	casado	22 (F) e 19 (F)	Pós-graduação	médico	27	Cubatão	24	2	sim

E8	M	39	divorciado	08 (M)	Superior completo	analista de sistemas	02	Cubatão	40	2	não
E9	F	46	separada	17 (M) e 14 (M)	Pós-graduação	enfermeira	23	Guarujá	40	10	não

Fonte: elaborado pelos próprios autores.

A seguir, apresentamos uma caracterização sintética da entrevista realizada com cada um dos participantes.

7.1 – Caracterização sintética de cada entrevista realizada

7.1.1 – E1, sexo feminino, 44 anos, divorciada, tem dois filhos. É formada em Enfermagem há 24 anos e tem um curso de Pós-graduação. Atua na área de Regulação na cidade de Cubatão há seis meses e, além desse vínculo empregatício, atua também diretamente na assistência em outra cidade (Santos). A legenda usada para referência desta participante na citação de suas falas é: E1, 44a, sf, enf., 6m de a.at..

A entrevista transcorreu de forma tranquila, embora alguns assuntos tenham permanecido pouco explorados, provavelmente por inexperiência da entrevistadora. Apesar disso, a participante trouxe dados relevantes sobre sua formação e atuação na área, não indicando dificuldades ou discrepâncias no seu trabalho de antemão.

A participante trabalhava no Pronto Socorro do município e recebeu o convite para iniciar na Regulação de vagas juntamente com a criação do setor. Relatou que precisou de um treinamento como pré-requisito para ingressar no setor, mas quando foi questionada com relação a qual teria sido o tipo de treinamento informou que apenas lhe foi mostrado o aplicativo do governo e que, na verdade, o aprendizado foi ocorrendo no dia-a-dia, com a prática. Apesar disso, ela referiu que o processo de aprendizagem ocorreu de forma natural e simples, sem dificuldades.

Ela relatou algumas dificuldades em seu trabalho, como, por exemplo, o fato de que o sistema e os municípios não possuem interligação um com o outro, cabendo essa interlocução ao trabalhador do setor de regulação de vagas.

Outra questão importante é a necessidade extrema de vagas, pois ela afirma que o cenário atual é de demanda maior que a oferta, destacando que não conseguem atender aos munícipes da cidade onde ela atua. Como consequência disso, os municípios vizinhos ficam impossibilitados de receberem auxílio nessa distribuição. Outro ponto importante foi o relato algumas interferências externas no processo de regulação, porém a entrevistada destacou que, com a implantação dos sistemas, observou ganhos notórios no processo de regulação.

A entrevistada finaliza a entrevista concluindo que a sua formação foi fundamental para o entendimento do seu papel e do serviço, pois a mesma foi importante para embasar suas atitudes e condutas, e, além disso, colaborou para que ela

se mostre motivada e confiante no crescimento do setor e de suas funções enquanto profissional.

7.1.2 – E2, sexo masculino, 37 anos, casado, tem um filho. É formado em Jornalismo há 10 anos e tem um curso de Pós-graduação. Atua na área de Regulação na cidade de Guarujá há nove anos e, não possui outro vínculo laboral. A legenda usada para referência deste participante na citação de suas falas é: E2, 37a, sm, jor., 9 de a.at..

A entrevista ocorreu tranquilamente e o participante respondeu com naturalidade a todas as questões. Desta forma, a conversa possibilitou a exploração em diversos pontos e aspectos de interesse da pesquisa.

O entrevistado ingressou no setor por mero acaso. Ele relata que tinha acabado de sair do setor de Urgência e Emergência e provisoriamente estava aguardando uma vaga num outro setor na área de formação que é jornalismo e então permaneceu aguardando essa vaga no setor de regulação, mas que com o passar do tempo ele acabou optando por ficar, onde permanece até os dias atuais. O fato de que o entrevistado trabalhou anteriormente como solicitante parece ter contribuído para que o mesmo mostrasse um olhar ampliado do sistema de saúde, facilitando a visualização do setor em sua macrorregulação.

Por se tratar de um perfil de formação de caráter administrativo e de acordo com as respostas oferecidas embasadas em portarias e protocolos, houve a impressão de que o entrevistado tem colaborado de forma positiva no setor da regulação, trazendo ações mais explicitamente voltadas ao coletivo. Também foi possível observar que o participante se mostra bastante envolvido e realizado quanto às suas atividades laborais, contribuindo de modo positivo com as suas falas e experiências.

7.1.3 - E3, sexo feminino, 71 anos, viúva, tem dois filhos. É formada em Medicina há 43 anos e tem um curso de Pós-graduação. Atua na área de Regulação na cidade de Guarujá há seis anos e, além desse vínculo empregatício, atua também diretamente na assistência em outra cidade, em um hospital (Santos). A legenda usada para referência desta participante na citação de suas falas é: E3, 71a, sf, med., 6 de a.at..

A entrevista seguiu de forma positiva, na qual pudemos obter muitas respostas e considerações relevantes para investigar os objetivos do estudo. A entrevistada colaborou bastante ao longo da entrevista e se mostrou muito satisfeita em estar

participando da pesquisa.

A profissional trabalhava no Ambulatório do município e recebeu o convite para iniciar na Regulação de vagas juntamente com a criação do setor. Possui um conhecimento técnico-científico fortalecido pela sua formação de base, área médica.

Em todo o momento fica claro o sentimento de responsabilidade da participante em relação à função que exerce e o quão importante é o setor de Regulação, em sua opinião, para que haja uma distribuição de vagas de forma clara, transparente e justa.

7.1.4 - E4, sexo feminino, 47 anos, solteira, sem filhos. É formada em Enfermagem há cinco anos e tem um curso de Pós-graduação. Atua na área de Regulação na cidade de Santos há cinco anos e, além desse vínculo empregatício, atua também diretamente na assistência na mesma cidade, em um hospital particular. A legenda usada para referência desta participante na citação de suas falas é: E4, 47a, sf, enf., 5 de a.at..

A entrevistada respondeu às perguntas com calma, coerência e clareza, proporcionando um ambiente agradável durante a conversa. Possui conhecimento técnico-científico fortalecido pela sua formação de base (Enfermagem) e formação complementar (área administrativa). Ela referiu que essas duas formações foram importantes na condução das demandas cotidianas, mas não foram pré-requisitos para ser contratada nesse setor de Regulação de Vagas Hospitalares.

Refere que era de outro setor, na área de recursos humanos, depois foi ser chefia de um Pronto Socorro, e que quando saiu da chefia, recebeu o convite para a regulação de vagas hospitalares. Iniciou as atividades com os tratamentos fora do domicílio, e depois se estendeu aos pacientes internados. No setor de regulação, a mesma permanece lotada na área administrativa, atuando com contato somente com os profissionais da rede. No outro vínculo profissional, a entrevistada faz parte da assistência direta ao paciente, porém ela não faz parte do processo de solicitação de vagas. Entretanto, ela relatou que possuir o conhecimento do funcionamento do processo, o que além da sua formação complementar, também facilita a sua atuação no setor nesse outro local de vínculo profissional.

Em todo o decorrer da entrevista ficou claro seu sentimento de responsabilidade designada à função que exerce. São apontadas dificuldades relacionadas ao fato de ter que tomar decisões práticas sem contato direto com os demandantes, atuando “atrás de uma tela de computador”, o que também pode ser um fator de insegurança que permeia o processo, em sua opinião. Ela também apontou que o contato com

pacientes/familiares pode se mostrar desafiador e que ela, muitas vezes, fica emocionalmente mobilizada. Quando isso acontece, ela procura usar de seus conhecimentos técnicos para a tomada de decisão, para além das demandas emocionais dos envolvidos.

Um elemento a ser ressaltado em sua participação foi o fato de que ela relatou que não há informação totalmente transparentes quanto ao número de vagas ocupadas e disponíveis e, além disso, destaca que é fundamental para o trabalho que haja uma distribuição de vagas de forma clara, transparente e justa.

Embora ela tenha apontado algumas situações difíceis nas relações quanto às demandas de vagas, ao final da entrevista a entrevistadora teve a impressão de que, mesmo com as angústias inerentes ao serviço, a entrevistada está satisfeita com a sua atuação e desempenho.

7.1.5 - E5, sexo feminino, 45 anos, casada, tem dois filhos. É formada em Enfermagem há 16 anos e tem um curso de Pós-graduação. Atua na área de Regulação na cidade de Santos há 12 anos e não possui outro vínculo empregatício. A legenda usada para referência desta participante na citação de suas falas é: E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at..

A entrevista ocorreu de maneira agradável e descontraída. A entrevistada se expressou com clareza, exteriorizando os seus sentimentos e experiências em falas concisas e coerentes. Mostrou-se muito proativa, dinâmica e realizada em sua profissão e atuação como profissional da saúde.

Relata que quando se apresentou para ingressar no quadro de servidores estava interessada em uma vaga na sua área, Saúde da Família, mas como não havia, recebeu um convite para trabalhar em um setor que estava há um ano sendo montado, a central de regulação. Descreveu as dificuldades encontradas no início da implantação do setor no município em que atua na área de Regulação, mas, em contrapartida, ressalta os ganhos adquiridos ao longo do tempo.

As questões foram esclarecidas de uma forma transparente, com contribuições bastante expressivas voltadas à sua função. Tais aspectos permitiram que a entrevistadora tivesse convicção de que a participante respondeu aos questionamentos com sinceridade e sem rodeios.

7.1.6 - E6, sexo masculino, 57 anos, casado, tem um filho. É formado em Medicina há 32 anos e tem um curso de pós-graduação. Atua na área de Regulação na cidade de

Santos há nove anos e, além desse vínculo empregatício, atua também diretamente na assistência em outras cidades, em hospitais (Guarujá e Bertioga). A legenda usada para referência deste participante na citação de suas falas é: E6, 57a, sm, med., 9 de a.at..

A entrevista ocorreu sem dificuldades, se estendendo um pouco mais do que o previsto pelo fato de o entrevistado verbalizar com grande facilidade o seu ponto de vista e as suas experiências.

O entrevistado conta que o ingresso no setor foi ao acaso. Que quando ele entrou no quadro de servidores da prefeitura, foi lotado no SAMU pela experiência prévia em ambulâncias. E que pela proximidade física entre os setores e o compartilhamento na época da mesma chefia, por questões de adaptação de horário, cabia mais entrar na parte de regulação. Nesse momento deu-se a transferência para a regulação de vagas. Apesar de o entrevistado ter ingressado no setor por questões particulares, houve uma grande participação do mesmo na construção de rotinas e protocolos, sendo utilizada toda a sua expertise, o que, segundo ele, promoveu benefícios para o setor, colegas e aos processos de trabalho.

Ele também relatou perceber falhas no processo de solicitação de vagas por parte de alguns solicitantes, mas em contrapartida - por também trabalhar nesta posição em outros municípios - o mesmo narra e pontua questões relacionadas à sobrecarga de casos clínicos, concluindo que a demanda é bem maior que a oferta. Finaliza a entrevista enumerando os ganhos do serviço e destacando algumas lacunas que demandam revisões.

7.1.7 - E7, sexo masculino, 51 anos, casado, tem dois filhos. É formado em Medicina há 27 anos. Atua na área de Regulação na cidade de Cubatão há dois anos e, além desse vínculo empregatício, atua também diretamente na assistência em outra cidade, em uma clínica (Santos). A legenda usada para referência deste participante na citação de suas falas é: E7, 51a, sm, med., 2 de a.at..

Houve certa dificuldade para agendar essa entrevista, diante diversas etapas de liberação e indisponibilidade de agendas. Foi possível observar alguma resistência ao estudo por alguns componentes do setor, que pareciam um tanto tensos com a proposta da pesquisa, pois estavam preocupados com o que seria perguntado e, conseqüentemente, qual seria o uso dessas informações.

Porém, durante a entrevista, as perguntas foram respondidas com clareza, embora sem absoluta convicção. Por se tratar de um setor recém-criado, pude observar,

em alguns momentos, que as respostas eram relacionadas com a teoria, mas deixavam uma brecha para levar a entender que, na prática, os fluxos ocorrem de um outro modo.

O entrevistado relata que trabalhou muito tempo no Pronto Socorro, e como anestesista, e que então percebia a dificuldade que tinha na situação de vagas, de distribuição de vagas. Então solicitou a transferência para esse setor, e então pode perceber e ter conhecimento do sistema trabalhando nesse setor.

Algumas lacunas nas informações e dificuldades em falar abertamente sobre a prática efetiva das ações, acabaram por trazer informações importantes para o estudo, possibilitando uma compreensão mais ampla das situações vivenciadas.

7.1.8 - E8, sexo masculino, 39 anos, divorciado, tem um filho. É formado em Análise de Sistemas há dois anos. Atua na área de Regulação na cidade de Cubatão há dois anos e, não possui outro vínculo empregatício. A legenda usada para referência deste participante na citação de suas falas é: E8, 39a, sm, asis., 2 de a.at..

A entrevista iniciou-se com um roteiro pré-estabelecido, assim como as demais, porém este participante foi o único que solicitou a visualização das questões antecipadamente para que pudesse responder. Em diversos momentos ele se mostrou tenso com o que ia responder, verbalizando que estava apreensivo em fornecer alguma informação incorreta ou que trouxesse algum problema para a Unidade.

Conforme a entrevista foi ocorrendo, o participante foi ficando mais sereno e as respostas foram se apresentando com coerência, de forma a exemplificar sobre o cotidiano. Por outro lado, em alguns momentos, o entrevistado mostrou que desconhecia o tema questionado.

No final da entrevista o mesmo preocupou-se com as respostas, indagando se elas ficaram de acordo com as expectativas. A entrevistadora, então, explicou que o objetivo havia sido atingido, agradecendo por sua disponibilidade, de modo a tranquilizá-lo.

7.1.9 - E9, sexo feminino, 46 anos, divorciada, tem dois filhos. É formada em Enfermagem há 23 anos. Atua na área de Regulação na cidade de Guarujá há 10 anos e, não possui outro vínculo empregatício. A legenda usada para referência desta participante na citação de suas falas é: E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at..

A entrevista com essa participante foi a última a ser realizada em função de suas inúmeras tarefas e dificuldade de encontrar uma data livre. Mas, por outro lado, foi

fundamental, pois a mesma possui vasta experiência na área de Regulação de vagas na Baixada Santista.

A entrevistada possuía um histórico de trabalhar como enfermeira assistencial em uma UPA e foi convidada para montar a regulação de leitos no município de Guarujá. Foi iniciando em paralelo com a contratualização com o hospital, onde se definiu qual a forma de atuação e organização para mudar o cenário de internação hospitalar. A partir disso, e paralelamente a isso, houve uma ida à Brasília conhecer o sistema de regulação que o Ministério da Saúde à época empregava para os municípios fazer a gestão de regulação informatizada.

A mesma narrou detalhadamente sobre a sua formação, seu início laboral na prefeitura e o início no setor de Regulação de Vagas Hospitalares. Sua atuação nesse campo tem sido efetiva desde a construção da parte estrutural, conceitos, diretrizes, visão, pactuações, contratualizações e finalidades, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde. Ressaltou a importância da transparência no serviço e dos protocolos, para que, com isso, as ações sejam uniformes, seguindo uma lógica plausível.

A entrevista foi extensa, sendo abordadas as questões em detalhes e apontadas as inúmeras ações e pensamentos pertinentes. As falas foram de grande valia, sendo uma contribuição de grande importância para o desenvolvimento deste estudo.

A pesquisadora finalizou a entrevista extremamente satisfeita diante da possibilidade de conhecer as experiências de uma profissional com profundo conhecimento sobre o campo, bem como sobre a realidade do município onde ela labora.

7.2 – Categorização construída a partir da Análise de Conteúdo Temática das entrevistas realizadas.

Foram construídas categorias gerais e específicas a partir dos discursos dos sujeitos da pesquisa, no qual se buscou um processo de análise temática das questões trabalhadas. A seguir, apresentamos o Quadro 4, que resume as categorias gerais e específicas de discurso dos sujeitos entrevistados na pesquisa.

Quadro 4 - Núcleos estruturadores e categorias de análise dos discursos dos sujeitos participantes da pesquisa. Santos, 2020.

Núcleo estruturador do discurso	1 - Os sistemas de regulação SISREG, CROSS e MV
Categoria geral	Categoria específica
1.1. Mudanças positivas após a implantação do setor com os sistemas informatizados	1.1.1 – Fidedignidade de informações;
	1.1.2 - Fiscalização/acompanhamento das ações;
	1.1.3 - Maior agilidade/ resolutividade;
	1.1.4 - Maior autonomia dos reguladores na tomada de decisões;
	1.1.5- Facilidade de acesso e comunicação.
1.2. Dificuldades após a implantação dos sistemas informatizados	1.2.1 - Distintas infraestruturas das unidades e implantação parcial dos sistemas;
	1.2.2 - Ausência de unificação e transparência nos sistemas quanto ao quadro geral de leitos/vagas disponíveis nos diferentes níveis de atenção Municipal e Estadual;
	1.2.3 - Lacunas no fluxo de referência e contrarreferência;
	1.2.4 - Desconhecimento dos profissionais e população em geral sobre os sistemas;
	1.2.5- Inconstâncias nas pactuações contratuais e políticas com consequências na regulação.
Núcleo estruturador do discurso	2 - Vivências objetivas e subjetivas e o contexto das relações interpessoais
Categoria geral	Categoria específica
2.1. Dificuldades inerentes ao trabalho na área de Regulação	2.1.1 – Pressões dos pacientes, familiares, mídia e redes sociais;
	2.1.2 - Sentimentos do funcionário da regulação diante das demandas/ sobrecarga e pressões do trabalho;

	2.1.3- Dificuldade de comunicação e atuação integrada entre os atores envolvidos no processo de regulação;
	2.1.4- Invisibilidade ou desconhecimento sobre o setor de Regulação de vagas hospitalares;
	2.1.5- O mesmo cenário visto por diferentes pontos de vista.
2.2. Importância do suporte/retaguarda da chefia	2.2.1- Suporte técnico;
	2.2.2- Suporte da gestão.
Núcleo estruturador do discurso	3 - Formação/capacitação para atuar na área da regulação hospitalar
Categoria geral	Categoria específica
3.1. Demandas de Educação Permanente em Saúde	3.1.1 - Capacitação específica para atuar na área de regulação;
	3.1.2 - Desenvolvimento da formação para o trabalho na área baseado da prática diária;
	3.1.3- Protocolos pré-definidos e padronização de condutas com participação da equipe.
3.2. Influência da formação profissional como facilitador das decisões e atuação na área	3.2.1- Expertise profissional da equipe de regulação.
3.3. Avaliação/ acompanhamento de resultados no serviço de regulação de vagas hospitalares	3.3.1 - Cumprimento de metas/resultados;
	3.3.2 - Importância de encontros para avaliação/ acompanhamento de resultados.

Fonte: elaborado pelos próprios autores.

A seguir, será apresentada a categorização da análise de conteúdo temática dos discursos dos participantes das entrevistas individuais, destacando trechos dos discursos e uma discussão articulada com a literatura sobre a área.

NÚCLEO ESTRUTURADOR DO DISCURSO 1: OS SISTEMAS DE REGULAÇÃO SISREG, CROSS E MV.

CATEGORIA GERAL 1.1. MUDANÇAS POSITIVAS APÓS A IMPLANTAÇÃO DO SETOR COM OS SISTEMAS INFORMATIZADOS.

Sobre a implantação do setor com os sistemas e suas vantagens, os participantes da pesquisa citaram várias mudanças positivas após a implantação dos sistemas, como vemos nos trechos destacados a seguir:

CATEGORIA ESPECÍFICA 1.1.1 - FIDEDIGNIDADE DE INFORMAÇÕES.

Peiter et al. (2016) apresentam em seu estudo o SISREG como uma ferramenta para gerenciamento de oferta e demanda, sendo o principal instrumento facilitador para o desenvolvimento da regulação em saúde, permitindo atender as necessidades da população com base na sustentação dos princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade do SUS.

As falas encontradas no presente estudo permitem observarmos que o sistema possui características e ações fidedignas, gerando uma maior autonomia e segurança para a equipe, com o objetivo da sistematização de algumas funções reguladoras, proporcionando equidade, de forma regionalizada e hierarquizada, o que também se observa no estudo de Peiter et al. (2016).

“Ou se passavam (as informações), também de uma forma não fidedigna...(antigamente). Também, você não tinha acesso ao prontuário eletrônico, né? Hoje em dia acho que fica mais real” (E4, 47a, sf, enf., 5 de a.at.).

“Eu acho que o sistema, ele é fidedigno, eu acho que ele é o ideal pro momento... Não sei se podem aperfeiçoar e criar alguma coisa melhor, mas eu acho que funciona muito bem. E eu acho que satisfaz a necessidade desse setor de trabalho.” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.).

“Desde que alimentada adequadamente, utilizada da forma correta ela fica bem fidedigna, bem próxima da realidade mesmo né? Isso sempre vai depender de quem tá operando a ferramenta né? Mas ela é eficiente sim.” (E2, 37a, sm, jor., 9 de a.at.).

“É eu acho que é o ideal, a ficha tá bem preenchida, porque também, caso de uma negativa da vaga, o que acontece, o solicitante tá respaldado que fez o pedido tudo certo.” (E8, 39a, sm, asis., 2 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 1.1.2 - FISCALIZAÇÃO/ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES.

A regulação em saúde deve estar sempre atrelada aos princípios norteadores do SUS, estabelecendo um dimensionamento da oferta, qualificando a utilização de recursos, coibindo os fluxos paralelos, que se baseiam em relações pessoais e outros critérios não científicos ou previamente pactuados (Vilarins et al., 2012). Em outras palavras, os autores desse trabalho ressaltam a importância de um sistema que seja capaz de coibir apadrinhamentos, o passar alguém na frente porque esta possui algum conhecimento. Torna-se uma oferta de vagas justa, baseada em sinais clínicos, com protocolos de acordo com patologias e prioridades, não importando qual a classe social ou de amizade o paciente candidato possui.

Os participantes da pesquisa também trouxeram falas que corroboram com essas afirmações, como vemos a seguir:

“Eu acho que isso (o sistema) também é uma forma de fiscalizar o trabalho, e ver se não... Ou se tiver uma interferência externa você facilmente consegue identificar, né? Pacientes com o mesmo perfil, um ocupa uma vaga e o outro não, por quê? Eu acho que isso (o sistema de regulação) hoje em dia é um facilitador” (E4, 47a, sf, enf., 5 de a.at.).

“(...) porque o cenário que a gente tinha na época, era encaminhamento com privilégios. Então os pacientes que eram encaminhados para dentro do Hospital X eram oriundos de consultório particular, por exemplo, ou de consultório de alguns médicos da cidade, burlando uma organização de acesso, então quem que acessava esses leitos hospitalares? Quem tinha conhecimento, quem não tinha ficava superlotando as UPAS, cenário de 2009/2010” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).

“E existia (anteriormente), até uma facilidade de burlar, né? Porque não existia... Era um número de um cadastro, mas não tinha como conferir. Com o SISREG, você tem né? Você internamente, você confere, se aquele

paciente, se tinha outro esperando, quem era o outro.” (E4, 47a, sf, enf., 5 de a.at.).

“Não, não vai (sanar cem por cento as interferências externas). A gente tem viés de interferência política muito grande. Mas de qualquer forma, a gente, acho que conduz muito melhor. A gente reconhece uma fragilidade, por exemplo A rede social é um grande desafio, porque você tem uma tendência, como ser humano, de quem chora mais, grita mais é mais ouvido e, portanto, melhor atendido. Você ainda tem um abuso disso. Isso é uma condição humana.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).

“Sem regulação, depende só de influências, né? Eu não quero saber se o cara é branco, preto, se é bonito, se é feio, se é rico, se é pobre. Não tô nem vendo e também não quero nem saber. Pra mim tá todo mundo, é uma lista, são todos iguais, né? Não sei se ele é amigo de político, do prefeito... Não sei. Trata todo mundo como igual. Quando você não tem a regulação, que você não tem... Tem poucas vagas, você vai depender de alguém, vai depender de favor, né?” (E6, 57a, sm, med., 9 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 1.1.3 - MAIOR AGILIDADE/ RESOLUTIVIDADE;

Barbosa et al. (2016) citam que o sistema de regulação, na medida em que opera sobre a relação de oferta e demanda, tem papel importante na gestão de recursos financeiros e materiais. Com isso, referem que os sistemas de informação têm buscado maior racionalidade ao uso de recursos, ofertando ao usuário maior comodidade e celeridade entre os pontos da rede.

Muitas falas de participantes da pesquisa foram ao encontro das ideias desses autores (Barbosa et al., 2016), pois referem que quanto maior a organização dos setores, as ações orquestradas em rede, o tempo de espera reduz-se, diminuindo as filas e otimizando a rotatividade de serviços e leitos. Nossos entrevistados confirmam isso quando citam que:

“Eu acho que é o menor tempo de espera, acho que o menor tempo de espera foi o... E aí você consegue dar uma rotatividade para os leitos, né?” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.).

“Você tem um número de vagas disponível pro município. Não fica só a cargo do hospital internar quem ele quer. Porque se não tiver quem regula

essas vagas, o hospital... Entrou na porta, ficou.” (E3, 71a, sf, med., 6 de a.at.).

“Acho que essa é a melhor maneira, a regulação de vagas, e todo esse sistema criado... É que extrai o funcionamento, é a melhor maneira de solução... E adequação dos pacientes pra um atendimento melhor.” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 1.1.4 - MAIOR AUTONOMIA DOS REGULADORES NA TOMADA DE DECISÕES.

O setor de regulação utiliza mecanismos para facilitar o acesso ao sistema de saúde, com base nos princípios da equidade e da integralidade. O conceito de regulação em saúde está atrelado à adequação da oferta dos serviços de atenção à saúde com relação às necessidades da população, ordenando sua execução de forma equânime e qualificada (Lima et al., 2013). Com isso, pode-se entender que quando os princípios básicos do SUS como equidade, integralidade e universalidade são compreendidos e servem de base para as ações da equipe de trabalhadores do Complexo Regulador, os profissionais tendem a possuir maior segurança nas ações tomadas, com embasamento e utilização de protocolos de condutas e serviço, sendo estes adaptados de acordo com a realidade de cada Município. A seguir podemos observar falas de participantes que confirmam essas ideias:

“E acho que esse poder de decisão pra ele (regulador), ficava muito complicado. Acho que hoje você tendo uma central, e você tendo ali o conhecimento de todos os pacientes que precisam, você tem condições de criar melhor o paciente que deve ocupar aquela vaga.” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.).

“Então hoje a gente já alcançou (...) É exatamente o contratante que manda no que quer fazer, e não mais o prestador. A lógica antigamente era invertida, o prestador de serviço, hospital contratado, escolhia o paciente que ia para lá. Então mediante uma chancela de autorização de conhecimento prévio do caso ele dizia se aceitava ou não. (...) É um computador. Ele não está presencial, ele tem menos pressão. Eu acho que talvez se ele tivesse num setor onde alguém pudesse bater a porta, ou num telefone deflagrado pra toda a municipalidade, a pressão seria muito maior. O fato de estar à distância eu acho que preserva um pouco essa autonomia

de ‘só vou colocar o que é mais grave’” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 1.1.5 – FACILIDADE DE ACESSO E COMUNICAÇÃO.

De acordo com Gawryzewski et al. (2012), considerando a organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as múltiplas portas de entrada, a Regulação em saúde é responsável por disponibilizar o acesso do usuário de acordo com a resposta exigida, respeitados os limites da oferta. Nesse sentido, a Regulação que tem por objetivo gerenciar o processo de priorização do acesso aos serviços assistenciais, de modo a garantir a efetivação da equidade no sistema de saúde, precisa ocorrer de forma ágil e efetiva. Sendo assim, processos de facilitação da comunicação e organização das ações se torna fundamental, como vemos nas falas a seguir:

“Hoje você tem a facilidade do celular, a facilidade do ‘WhatsApp’. Então a gente consegue esclarecer bem, padronizar bem, aquilo que vai ser, a condição clínica do paciente e o lugar que ele será regulado.” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.).

“A internet ajudou bastante, os sistemas foram criados, né? Pra ajudar nesse processo regulatório eles tem facilitado bastante.” (E2, 37a, sm, jor., 9 de a.at.).

“(Sobre o contato com outros reguladores ou serviços). Existe. Por telefone. Não é muito necessário, porque o sistema por si só, ele é auto ajustável. Então a gente consegue resolver bem por ali. Mas, se houve uma necessidade de contato e de esclarecimento, o telefone, primeiro. Você consegue suprir essa necessidade.” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.).

“...o que que acontece no sistema CROSS, você interliga todos os municípios. Então quando o município tem necessidade de alguma coisa fora do município, ele automaticamente entra no CROSS. Eu acho que o CROSS entende bem e satisfaz bem essa necessidade intermunicipal. O nosso objetivo aqui na regulação de vagas ele se restringe, primeiro, à regulação de vagas do município. Quando é alguma coisa externa a gente recorre ao CROSS. E acho que isso funciona bem. Não tem essa necessidade de lidar direto município com município (...) Um complementa o outro (sistemas). É, na maioria das vezes, o que dá, assim, uma resposta

final pra gente, é realmente o sistema de e-mail. Quando você trata diretamente com os profissionais, pede uma orientação extra, além daquilo que já tem no sistema. Então ele é um complemento fundamental, que é uma conversa direta através do e-mail... Ou às vezes através do telefone também.” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.).

“Eu acho que agora com a figura do regulador fica mais... Fica uma coisa mais correta né, mais justa, e eu acredito que tenha facilitado bastante nos últimos tempos né? A questão da informática, né? Nesse sentido. Se a gente for ver aí, há dez, doze anos atrás, tudo era na base do telefone, acho que era bem mais difícil ainda, acho que não tinha essa figura do regulador... Era tudo na base do fax... Quem ia receber o paciente escolhia quem queria, né? Quem queria receber.” (E2, 37a, sm, jor., 9 de a.at.).

CATEGORIA GERAL 1.2. DIFICULDADES APÓS A IMPLANTAÇÃO DOS SISTEMAS INFORMATIZADOS.

Quanto às dificuldades citadas pelos participantes, seus discursos destacaram os seguintes fatores:

CATEGORIA ESPECÍFICA 1.2.1 – DISTINTAS INFRAESTRUTURAS DAS UNIDADES E IMPLANTAÇÃO PARCIAL DOS SISTEMAS;

Farias et al. (2009) apontam que o SUS enfrenta gigantescas dificuldades pela complexidade do desafio representado pela sua implementação tais como: problemas crônicos no financiamento, estruturas de regulação, precariedade das relações de trabalho e falhas no modelo de gestão. Além da falta de leitos como citam diversos autores (Vilarins et al., 2012; Barbosa et al., 2016; Gawryszewski et al., 2010; Peiter et al., 2016.), há também a falta de investimento financeiro e infraestrutura em todos os equipamentos e serviços, considerando a magnitude do sistema de saúde em um país continental como é o Brasil. Nas falas dos participantes percebe-se que nem sempre há infraestrutura adequada nos equipamentos de saúde e, além disso, em alguns casos, os sistemas de Regulação foram implantados apenas de modo parcial, como observa-se nos trechos destacados a seguir:

“A gente percebe, por exemplo, que alguma unidade não tem o aparelho, por exemplo, pra digitalizar. Quer dizer, os recursos disponibilizados, nem sempre eu acho que são em todas unidades.” (E4, 47a, sf, enf., 5 de a.at.).

“Então, as ferramentas são o computador, tá. A gente usa a solicitação, é feita via computador, e o encaminhamento da solicitação e a resposta também é via computador, pela forma de email, tá? Porque ainda não está totalmente implantado o sistema do SISREG, né? Então ainda têm algumas pendências, então por conta disso é feita a solicitação por email.” (E1, 44a, sf, enf., 6m de a.at.).

“Eu só tenho acesso no CROSS, mas como eu falei, meu acesso é só pra pesquisa, pesquisa não! Só pra visualização. Então, por exemplo, e-mail ele não é interligado com SISREG, com CROSS, com nada... A regulação daqui, deste local, só funciona à base de e-mail e é o que tá mantendo desde o começo até os dias atuais né?” (E8, 39a, sm, asis., 2 de a.at.).

“Ainda não está totalmente implantado, o SISREG, então, toda vez que pede a vaga pro hospital, pede pro hospital, pede pra central. Então às vezes acaba. Pede pra um, não pede pro outro, ou então manda o pedido de vaga pro email errado, e aí, a central acaba não sabendo, depois quando vai fazer a pesquisa de campo é que vê. É eu acho que assim... Eu acho que... Quando o SISREG na sua integralidade for instaurado, eu acho que vai melhorar muito, vai ficar bem melhor do que tá atualmente, porque a gente ainda esbarra nesse problema da equipe médica, que sempre acaba sendo um grande problema né?” (E1, 44a, sf, enf., 6m de a.at.).

“Então, atualmente, por conta do número de profissionais, muita gente se aposentando. (...) Eu vejo uma grande dificuldade pra tá conseguindo isso, esse quadro, então a gente vai ter que continuar ainda por um tempo com esse sistema, né? Não é o ideal, o ideal seria o SISREG, tá, mas assim teve uma boa melhora, tá? Nessa parte de regulação de vagas, mas não é o ideal, ainda precisaria melhorar muito.” (E6, 57a, sm, med., 9 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 1.2.2 – AUSÊNCIA DE UNIFICAÇÃO E TRANSPARÊNCIA NOS SISTEMAS QUANTO AO QUADRO GERAL DE LEITOS/VAGAS DISPONÍVEIS NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO MUNICIPAL E ESTADUAL.

A falta de transparência nas centrais de regulação ocasiona a dificuldade de acesso aos dados sistematizados. Essa fragmentação com o isolamento de municípios, prejudica o ordenamento de fluxos de acesso e disponibilidades de ofertas compatíveis com as necessidades, sobrepondo alguns serviços, conforme comenta Cavalcanti et al. (2018).

Diante dos comentários de Cavalcanti et al. (2018), é possível inferir que em alguns momentos essa incongruência entre sistema e o que ocorre *in loco*, e a falta de divulgação de serviços ofertados, pode acontecer por alguma falha humana na compilação de dados ou, até mesmo, uma não percepção dos possíveis ganhos com a exposição da situação real. Tal fato, esse tipo de entrave tende a tornar a equipe insegura com relação à oferta de leitos disponíveis e ao modo de proceder mais apropriado, como relatam a seguir:

“Pode acontecer (o sistema pode estar mostrando um número e na realidade não ser o número correto). Porque nós nem sempre estamos lá pra conferir. Tá certo que tem corrida de leito diariamente, mas o dia tem vinte e quatro horas né? Eu não sei depois, mas... Imagino que pode ocorrer.” (E8, 39a, sm, asis., 2 de a.at.).

“E tem o que é ideal, e o que é real. Se a gente olhar praquilo lá, que tá escrito na 2048, (Portaria), muito de vaga zero, né? Só que as UTIs não têm beliche... Não adianta né? A gente empurrar todos os casos para um hospital de referência que não tem vaga né? Então a vaga zero sem vaga... Algumas situações são difíceis né? É lógico que saindo da regulação, existe um outro problema, que as vagas na realidade elas existem, não são ofertadas. O que é pior ainda. Então você vai ao hospital de nossos prestadores, e parte das vagas SUS são ocupadas por outros pacientes, de convênio. Principalmente de UTI. Então isso é um problemão. Não adianta abrir mais dez vagas, vinte vagas de UTI, se elas são ocupadas por outros tipos de plano, né? Não pelo SUS. É um total absurdo né?” (E6, 57a, sm, med., 9 de a.at.).

“Não sei te dizer se eles têm essa informação. Nós temos essa estatística. Tá, aqui no setor nós temos. Mas não sei se há interesse em divulgar isso aos outros setores (número de internações)” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.).

“Não é nem divulgado, na verdade, nem internamente né? Esses números assim, a gente sabe que existem né, os meios de comunicação que deixam disponíveis algumas coisas, mas na verdade não é divulgado entre os

colaboradores da unidade. Com relação aos benefícios da divulgação de dados, com certeza, porque aí, também, a pessoa teria um entendimento melhor né? Um pouquinho até mais de compreensão, porque eles aguardam né? Essa vaga... De repente não saber o número de pessoas que solicitam a vaga, o quanto também de recurso é disponibilizado, o quanto de vagas que são cedidas... As pessoas não se sentem tão... Solitárias nisso, né?” (E4, 47a, sf, enf., 5 de a.at.).

“Não, não são (divulgados). Que é lamentável né? Porque poderia ser... Porque na verdade quando você começa a ver que vem censo dizendo que não tem vaga, não tem vaga, você chama alguém ‘olha tem alguma coisa errada, porque esses leitos têm que rodar, por que que não está rodando?’, então eu acho que isso, quando... A redução realmente no tempo de espera do paciente, na unidade de pronto atendimento.” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.).

“Tem uma falha nossa que não faz isso... Não dá visibilidade pra esse trabalho, de organização de número, de indicador... Mas porque ninguém quer olhar... Não tem interesse o restante da gestão, porque tá bem! Tá funcionando. Vai ter quando tem fila, quando alguém morreu, quando tem trinta gritando pela mesma vaga, aí eles chamam a atenção. O que que ele enxerga? Enxerga o que mandarem pra ele, o que não mandarem pra ele não enxerga... Não tem autonomia.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 1.2.3 – LACUNAS NO FLUXO DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA;

Destaca-se a questão exposta por Franco e Magalhães Junior (2004), segundo a qual o aumento da disponibilidade de procedimentos secundários, por si só, não diminui o estrangulamento do acesso aos procedimentos em saúde. Tal autor afirma que há o risco de que os encaminhamentos se tornem “mecânicos”, sem a devida consideração dos cuidados em saúde e focada apenas no atendimento médico-curativo, desgastando-se pela baixa resolutividade.

Enquanto a solicitação de internação acontece num processo de responsabilização do cuidado, os procedimentos muitas vezes servem para fechamento de diagnósticos, com avaliação de ofertas de serviços, propiciando uma organização da oferta com o gerenciamento ideal (Gawryzewski et al., 2012).

O SUS propõe que todas as ações e solicitações sejam tomadas em um contexto de responsabilização do cuidado e, assim, busca-se que os procedimentos voltados para o diagnóstico sem efetivos, com esgotamento do nível anterior de complexidade e maior precisão da solicitação. Esse modelo de referência e contrarreferência agiliza o atendimento do paciente com a especialidade necessária, evitando as reinternações e reduzindo o gargalo na porta de emergência dos Prontos Socorros dos Municípios. Os equipamentos de saúde em sua maioria nomeiam tal ação como Alta Humanizada. Tal conduta visa que o paciente no momento de sua alta, seja agendado e direcionado a um local de acordo com a sua necessidade que ofereça a especialidade médica adequada e/ou acompanhamento com outros profissionais de saúde.

Observamos que esse modelo estratégico ainda não se encontra implantado em todos os municípios pesquisados, porém os que o seguem, relatam os avanços e facilidades no fluxo, conforme falas descritas abaixo:

“Acontece muito raramente (contrarreferência). Muito raramente. De um paciente estar aguardando uma vaga, pra ser internado... E esse paciente, geralmente são casos de enfermaria. E o paciente acaba ficando dois, três dias, aguardando essa vaga e ele tem uma melhora clínica. E aí acaba se tornando melhor encaminhar esse paciente pra uma continuidade do tratamento a nível ambulatorial. Isso acontece raramente, mas acontece.” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.).

“Como o pronto socorro é ‘porta aberta’, tem paciente que interna de outros municípios. Então se ele tiver internado, a gente até atende recurso, enquanto internado. Com alta, ele sai com alta referenciada, mas pro município dele.” (E4, 47a, sf, enf., 5 de a.at.).

“Então a gente acaba ficando com o paciente internado no Pronto Socorro, às vezes até dando alta pra ele do próprio Pronto Socorro, sem conseguir uma vaga, sem conseguir leito hospitalar, né? A demanda... A gente tem uma demanda muito grande. E aí ele vai direcionado pra Unidade Básica. A Unidade Básica faz o encaminhamento pra especialidade, porque Unidade Básica é que faz a distribuição das especialidades.” (E1, 44a, sf, enf., 6m de a.at.).

“Existe agora um trabalho que chamam de alta humanizada, alta qualificada, que eles saem do leito, da internação, direto pra uma consulta com um especialista dentro da semana ou do mês, né? Um exemplo o

paciente que infartou ele não conseguiu aquela vaga, e ele teve uma melhora, ele já sai pra uma consulta pro cardiologista. Então, os pacientes de porta são orientados a buscar os postos de saúde próximos à residência, mas existe essa alta do pronto socorro direto pro especialista. A gente sempre teve essa oferta, mas a gente nunca pensou em como organizar isso, né? E aí foi um ganho porque ganhou o paciente também, né? O principal aí, porque antigamente os pacientes saíam, ficava, não internava, voltava, ele ia pra uma fila da UBS, que ia marcar uma consulta com o clínico, e ia demorar, pra depois pedir exame, pra depois ir pro cardiologista. Até identificar essa necessidade levava um tempo. Hoje essa necessidade ela já é sanada na própria urgência né? Momento que ele tá no leito aguardando a vaga, ele sabe que não vai internar mais porque teve uma melhora, ele já vai pro especialista, ele já sabe que tem uma consulta com o especialista já vai dar seguimento.” (E2, 37a, sm, jor., 9 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 1.2.4 - DESCONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS E POPULAÇÃO EM GERAL SOBRE OS SISTEMAS.

Barbosa et al. (2016), deixam claro que a falta de acesso aos serviços de atenção primária, a baixa resolubilidade e a não viabilidade de contrarreferência, induzem os usuários com queixas crônicas, superlotando as portas de entrada de Urgência do sistema de saúde. Ocorrem disputas de saberes entre os profissionais, resultando em desorganização e desarticulação entre os níveis assistenciais. Dessa forma, as emergências acabam superlotadas comprometendo a agilidade e a qualidade da assistência, ganhando destaque na mídia como descontentamento da população.

Em seu estudo Pereira et al. (2013) constatam que os usuários do sistema de saúde, assim como alguns profissionais, desconhecem o que representam as centrais de regulação, assim como a sua finalidade. Esses autores apontam que o número elevado de profissionais com esse perfil obstaculiza e dificulta a realização de procedimentos e fluxos.

A falta de conhecimento acerca do que realmente representa a Regulação de vagas e o seu fluxo atinge, não somente a população, como também a própria rede, incluindo os trabalhadores da saúde inseridos nela. O conceito de Pronto Socorro como resolução dos problemas e a falta do conhecimento da importância da Atenção Básica Primária como um espaço que também pode ser facilitador de educação em saúde

voltada para a comunidade, corroboram para justificar a alta demanda no âmbito de maior complexidade e baixa oferta, em um cenário delicado. Tais aspectos são explicitados nas falas a seguir:

“Porque a pessoa que tá ali na angústia de esperar uma maca, tá dependendo do que o profissional decidir, se é ele ou se é o vizinho dele que tá ali na espera dessa maca.” (E3, 71a, sf, med., 6 de a.at.).

“Tem muitos familiares que ficam aflitos por causa da vaga... A gente procura mostrar tudo como funciona, pra não ter dúvida que o serviço está sendo feito de forma correta.” (E8, 39a, sm, asis., 2 de a.at.).

“É a dificuldade da família entender a prioridade pra um ou pra outro, ao invés de seu familiar. Então são esses pontos que a gente precisava trabalhar um pouco mais pra que fosse compreensível de todos os lados.” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.).

“Quando abriu a UPA, o pessoal dava ‘cartãozinho’, aonde era a UPA, endereço, tudo, lá no PSX, e o pessoal do PSX vinha ser atendido na UPAX. Mas é típico o fulano que foi pro PSX ou foi pra algum local em outro município que eles falam ‘não olha, tá de alta, qualquer problema vai lá à UPAX, porque eles internam na Santa Casa’. Aí o fulano acaba caindo nos nossos prontos socorros. Então a gente tem que ficar explicando, pra familiar que a mãe dele, o pai dele, sabe lá, tem que esperar... porque tem outros, ‘assim-assado’, então essa é uma situação complicada que às vezes acontece.” (E6, 57a, sm, med., 9 de a.at.).

“Pra mídia, é uma coisa meio no escuro, fica só o rótulo. É a regulação que autoriza, regulação que ninguém sabe muito bem aonde, tanto é que muita coisa vem pra secretaria, achando que a regulação é da secretaria. Não deixa de ser, mas não fisicamente. E pra entender isso fica muito confuso pro leigo né? Pro popular.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).

“Não sei se todos conhecem o sistema e sabem como que é. Eu acho que talvez nem todos porque eles ligam muito pro regulador perguntando as coisas, pedindo as coisas. Às vezes, implorando, com medo de acontecer alguma coisa com o paciente, mas eles sabem que existe um protocolo pra internação, né? Então nem todos sabem realmente o que é SISREG, o que é CROSS, o que é isso. Sabe que, talvez, tem uma pessoa lá que vai dar a

vaga pra eles, mas o que essa pessoa faz, acho que nem todos tem conhecimento.” (E3, 71a, sf, med., 6 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 1.2.5 – INCONSTÂNCIAS NAS PACTUAÇÕES CONTRATUAIS E POLÍTICAS COM CONSEQUÊNCIAS NA REGULAÇÃO.

Ney e Rodrigues (2012) destacam que em diversos momentos no gerenciamento e atendimento geral do SUS, ocorrem interferências políticas e que, quando isso ocorre na gestão estratégica, se torna um problema, desestruturando a rede com consequências no que concerne o atendimento dos princípios norteadores do SUS. Tanto as interferências, como as inconstâncias políticas, prejudicam o andamento do serviço por apresentar uma quebra na continuidade das ações conquistadas. A seguir, um trecho do relato de um participante da pesquisa sobre essa ótica:

“Os processos do trabalho são solidificados. A regulação, querendo ou não, dentro dessa questão municipal. Essa gestão balançou um pouco, mas ela se solidificou nos últimos dez anos. Ela foi construída e... Sai gestor... A gente não sofre tanto, mas a questão política do contrato acaba sofrendo e aí você fica vulnerável.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).

NÚCLEO ESTRUTURADOR DO DISCURSO 2: VIVÊNCIAS OBJETIVAS E SUBJETIVAS E O CONTEXTO DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

CATEGORIA GERAL 2.1. DIFICULDADES INERENTES AO TRABALHO NA ÁREA DE REGULAÇÃO

CATEGORIA ESPECÍFICA 2.1.1 – PRESSÕES EXTERNAS: PACIENTES, FAMILIARES, MÍDIA E REDES SOCIAIS;

Segundo Goldwasser et al. (2018), os profissionais são frequentemente responsabilizados pelas transferências, destacando que os mesmos trabalham sob extrema pressão de familiares dos pacientes, dos próprios pacientes, dos colegas e dos gestores, de modo que o conceito de prioridade varia conforme seu próprio julgamento, que, por muitas vezes, desconsidera o processo regulatório e toma para si o processo de decidir sob pressão, se utilizando de contatos paralelos.

Vimos nas falas dos participantes que realmente ocorrem momentos de pressão, no qual, por diversas vezes, o profissional da saúde mostra-se fragilizado, bloqueando as emoções. Referem situações dramáticas do tipo “escolha de Sofia”, uma alusão ao impasse que invoca a imposição de se tomar uma decisão difícil sob pressão e enorme sacrifício pessoal. As falas destacadas a seguir ilustram esses aspectos:

“A gente trabalha aqui próximo do pronto socorro. Também a gente vê também os familiares das pessoas. Fica todo mundo aflito, né? Aguardando a vaga. Nós procuramos ser bem transparentes. Até mesmo pros familiares, que nem eu falei. Tem muitos familiares que ficam aflitos por causa da vaga... A gente procura mostrar tudo como funciona, pra não ter dúvida que o serviço está sendo feito de forma correta.” (E8, 39a, sm, asis., 2 de a.at.).

“Não, fica aquela coisa cozinha, cozinha, cozinha... A filha da mulher dentro da ambulância, o médico ligando pra gente. Sabe aquela situação estressante que você já tem vontade de sair correndo? E aí morreu.” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.).

“Eu recebo paciente lá, então eles chegam muito angustiados: “eu fiquei não sei quantos dias na UPA”, né? “Eu tô no pronto socorro há tantos dias”. E eles não tem ideia. E o próprio profissional que tá lá naquela UPA também nem sabe quantos estão esperando né? Parece que sempre aquele caso é o único. Lógico, pro nosso familiar ele é sempre o mais importante, não tenho dúvidas disso” (E4, 47a, sf, enf., 5 de a.at.)

“Mas acontece que, assim, o gritar na mídia. Eu acho que é um movimento que ninguém sabe lidar ainda. Então se todo mundo for pra rede social como é que faz? Vai ter que ter a fila da rede social também. Então eu acho que a gente tá num momento, de verdade, que essas coisas ainda vão se acomodar. Ninguém sabe direito ainda como lidar com a questão da pressão em rede social.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).

“A rede social é um grande desafio porque você tem uma tendência, como ser humano, de quem chora mais, grita mais... É mais ouvido e, portanto, melhor atendido. Você ainda tem um abuso disso. Isso é uma condição humana. Você vai olhar praquela que tá berrando. Aquele que tá gritando pela internação, pela, pela prioridade.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 2.1.2 - SENTIMENTOS DO FUNCIONÁRIO DA REGULÇÃO DIANTE DAS DEMANDAS/ SOBRECARGA E PRESSÕES DO TRABALHO;

Ainda são identificadas no cotidiano do SUS lacunas existentes entre oferta e demanda, tornando a priorização oportunizada pela regulação insuficiente para satisfação das necessidades de saúde da população. Esse cenário permite a formação das demandas reprimidas, que se caracterizam por uma demanda constante acima da oferta disponibilizada (Lima et al., 2013).

Gawryszewski et al. (2012) referiram em seu estudo sobre o uso de critérios para priorização do acesso. Seu mecanismo de estabelecimento, mesmo nos casos que exigem atendimento imediato, constitui prática alternativa dos reguladores, ou seja, a prática possível diante do cenário de insuficiências diversificadas. Essa impotência gera nas equipes técnicas das centrais uma angústia diária, ao ser responsável pelas escolhas dos acolhidos pelos parques recursos.

Os profissionais em constante sobrecarga tendem a subjugar os sentimentos e algumas vezes tornam-se “frios”. Surgem sentimentos como frustração, angústia, raiva, estresse e revolta, mas esses são bloqueados como um mecanismo de proteção. Vemos a seguir, falas de participantes que ilustram esse tipo de vivência, e que, muitas vezes, se concretizam em uma profunda insatisfação com as ações realizadas:

“Porque aí entra muita coisa em jogo, né? São vidas que estão ali à espera de uma decisão sua, né? Isso torna uma coisa muito estressante. Eu acho que a experiência vai amadurecendo a gente, né? É lógico que você, como ser humano, sente por aquela pessoa que tá lá, aflita, angustiada, né? Mas eu acho que justamente o médico, que tá na porta, tem que tá preparado pra passar essas... Eu, atrás de uma tela, não tenho como. Acabou um plantão é desmaiar e dormir. Porque é estressante, muito estressante.” (E3, 71a, sf, med., 6 de a.at.).

“Muito, muito, muito estressante, muito angustiante. Você aquele monte de paciente, não tem vaga, não tem solução... Têm pacientes de UTI que ficam oito dias nas UPAs, e é um paciente de UTI, às vezes, entubado, entendeu? Merecia tá num conforto. Às vezes, idosos de setenta, oitenta anos, naquelas caminhas lá. É angustiante, mas é o sistema... Não tem como.” (E3, 71a, sf, med., 6 de a.at.).

“É claro que a gente não pode deixar o lado da humanização, o lado do socorro ao colega, que precisa de ajuda, pra determinada solução. A infraestrutura da secretaria de saúde, o nome que envolve todos os profissionais que estão envolvidos, né? Nisso aí... Mas, a nossa condição é mais técnica do que lidar diretamente com aquilo que o médico que está na ponta está lidando. Então eu acho que a nossa situação ela é um pouco mais confortável, em relação a esse ponto. Apesar de que, a responsabilidade é a mesma, ou às vezes até maior. Porque você precisa resolver aquilo que está parado porque o colega que está lá, o profissional que está lá ele, não consegue dar andamento. Então isso está nas nossas mãos. Então é uma responsabilidade maior.” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.)

“Frustrada. Revoltada. Em surto ((risos)). Mas eu acho que isso é... Não é “passar pano”, por exemplo, quando você olha, se você tem, “ai, poxa, brigou, chamou vereador, foi pra social, pro ‘Facebook’, foi atendido”. Falando de internação, como a oferta é menor, com a quantidade de solicitação, a gente tá falando de um universo menor, né? Se você levantar a fundo, “aquela pessoa tá há quanto tempo?”. Então se você olhar o cenário inteiro, a gente reconhece que é a unidade que errou. Embora, tá, a gente tá errando mais uma vez ali de passar o pedido A, B, C na frente. Da fila natural. Mas a condição clínica do paciente também pesa.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).

“Sabe que a gente trabalha com os sistemas de proteção, né? Você tenta não ir muito a fundo nas coisas né? Pra você mesmo se proteger né? Então, você não quer imaginar que a criança tem idade do seu filho, aquele ‘vôzinho’, já, terminal, é igualzinho a seu vô... É ruim fazer essas analogias e ver que é uma vida mesmo que tá ali né? Então, muitas vezes, a gente usa essas proteções, essas barreiras, pra se não você não se envolver demais, né? Em compensação quando a gente consegue arrumar várias vagas naquele dia, fica todo mundo feliz, né? De ter realmente feito a diferença, né? Mas casos mais graves é um desafio. Quando a gente realmente consegue fazer uma diferença, detectar os casos que vão se beneficiar, fortemente, com recurso. Aí é uma satisfação que a gente tem. São raros esses momentos, né? Mas eles são muito importantes.” (E6, 57a, sm, med., 9 de a.at.).

“Então, eu acho que a gente fica angustiada, né? Porque e tem coisas que a gente fica às vezes na maneira de falar, né? A gente fica tão indignada que, às vezes, na maneira de você abordar a chefia, ou falar qualquer coisa, você parece que tá mandando a pessoa resolver. Não é isso... Você não vê solução e que não depende, talvez, do chefe naquele momento, mas sim desses leitos que são tão engessados às vezes, entendeu? Tá... E eu vou fazer o que com esse paciente, então?” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.).

“A gente gostaria de resolver... Eu acho que é angustiante, mas eu acho que com o passar do tempo, a gente vai acabando... É que nem, quando trabalha na ponta né? A gente vai criando umas barreiras, pra gente não ficar doida né? Então, já teve uns casos, assim ,de conseguir a vaga, e na hora que vou passar o paciente morreu. Aí eu fico mal...” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.).

“É a responsabilidade da decisão que eu tenho que ter, perante aquele paciente que eu vou regular a vaga, é a dificuldade do profissional que está com o paciente aguardando a vaga... E é a dificuldade da família entender a prioridade pra um, ou pra outro, ao invés de seu familiar. Então são esses três pontos que a gente precisava trabalhar um pouco mais pra que fosse compreensível de todos os lados.” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 2.1.3 - DIFICULDADE DE COMUNICAÇÃO E ATUAÇÃO INTEGRADA ENTRE OS ATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE REGULAÇÃO;

Cavalcanti et al. (2018) citam como fatores dificultadores do trabalho em regulação: a ausência de pactuações de fluxos motivados por diversos fatores relacionados, entre outros, à desorganização da rede de serviços; a grande diversidade na nomenclatura das unidades de saúde com multiplicidade das grades de oferta; desarticulação regional de serviços; desconhecimento da estruturação e fluxo da rede assistencial; ausência de comunicação e postura colaborativa entre profissionais da rede; conflito de saberes entre generalistas e especialistas; e, por fim, desarticulação entre atenção básica e especializada.

A ausência e/ou dificuldades de comunicação podem indicar dificuldade nas relações entre os campos profissionais, típicas de uma suposta hierarquia, ou então, uma “briga de egos” no qual diferentes personalidades ou atitudes levam a diversos tipos de conflito. O contato pessoal entre trabalhadores da equipe, frequentemente,

“neutralizam” barreiras que surgem dificultando as ações da regulação. No geral, os discursos dos participantes apontaram dificuldades de comunicação, mas, por outro lado, também há relatos de dificuldades pontuais burocráticas tendem a desaparecer quando existe um bom diálogo entre as partes. Tais apontamentos aparecem neste presente estudo, verbalizados nos trechos a seguir:

“Quem que paga a conta quando o médico não digita? Vai ficar um, dois dias lá, o paciente não pode pagar a conta. E aí as funções elas... Elas... competem, né? As profissões acabam competindo em vez de se ajudarem. É que a internação, ficha documental, muitas vezes é negligenciada pela enfermagem. Pelo que eu já vivi aqui, dentro do Município X, pra mim é briga de vaidade. E uma outra coisa que acho que falta, é a rede se reconhecer. O que eu tenho, aonde eu tenho, de que forma eu tenho. Isso a gente ainda tem dificuldade.” (E9, 46 a, sf, enf., 10, de a.at.).

“Deu tantas horas lá, não atualizou, eles encerram a ficha. Aí encerrou a ficha tem que colocar tudo de novo, cara! Tu perdeu o histórico, paciente perdeu aquela, né? Então acho que isso é o ruim, você retransmitir, às vezes, você escuta desaforo do médico do CROSS: ‘ah, mas vocês também não colocam em forma, eu vou encerrar’. Não sei o quê. E não é assim que funciona, a gente depende de outra pessoa. Agora ... Tem uns três anos atrás que a gente começou a fazer uma ‘pontezinha’, mas é muito informal, de mandar um “e-mail”, porque nem todo município tem a Central de Regulação né? Então isso dificulta, às vezes, tá em uma pessoa. Então ‘faz contato com Fulana’ e tu liga pra Fulana: ‘Fulana, manda por e-mail’, tá? Mas também não depende dela, né? E sempre tem essa coisa assim: ‘ah, mas tá em Santos, em Santos mesmo’. As pessoas atuantes da linha de frente... Não tem contato com nenhuma outra Central de outro município pra poder articular nada, tá? Isso aí, você desdobra pro coordenador, pra chefia, chefe de departamento, pra ver qual é o contato específico que ela tem.” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.).

“(...) preenche uma ficha ‘porca’, ela volta. Paciente não sai, porque, mesmo que a gente tem boa vontade, liga pra uma UTI, ele fala: ‘mas, com esses dados... Ele tem isso, tem aquilo, aquilo outro?’. O regulador: ‘ah, não sei né? Não tem nada escrito’. Então volta pra trás né? Tentando pegar restos de informações. Se não escrever direitinho, volta a ficha. Mas, não

sei, parece que não entende, né? Que a informação é importante. Que a gente trabalha com a informação. Sem informação, não tem como resolver, né? Se eles colocam informação ruim, não sou eu que vou levar o paciente de volta, são eles né? Quer dizer, é ruim pra eles também né? Que é fundamental a informação, qualidade de informação. Acho que esse é o grande problema, na regulação... É a informação. Mesmo assim, ela não é muito específica mesmo né? Têm várias... Arestas aí que tem que ser arrumadas... Tem vários pontos que são ocultos né? Que a gente não sabe como resolver. A vaga zero mesmo, é um problema... Cada um interpreta aquilo de uma maneira.” (E6, 57a, sm, med., 9 de a.at.).

“Você confia naquelas informações, mas, às vezes, aquela informação tem alguma coisa ali que não condiz com a realidade. Eu acho que é a falta de informação, né? É uma dificuldade. Eu acho que, às vezes, esboçar melhor o perfil daquele leito, naquela instituição, mesmo hoje tendo avançado, ainda é um pouco dúbio, né? Às vezes, eu leio uma ficha, eu vejo que tem perfil... Chega lá o médico avalia e diz que não é. Então assim, eu acho que é dúbio ainda, a gente tem algumas dúvidas...” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.).

“A gente não sente confiança, porque a gente tá sempre pedindo atualização. Se tivesse confiante, se batia a tecla, acabou. Não. A gente sabe que existe uma deficiência, né? No atendimento médico, talvez por excesso de movimento... Por falta, às vezes, de condições de trabalho... Cansaço, então existe isso. Não é só no Brasil não, porque tenho visto em outros países, mas isso daí faz parte... Um plantonista, ele não consegue passar tudo aquilo que ele gostaria de um paciente, num dado momento.” (E3, 71a, sf, med., 6 de a.at.).

“É, o que não pode faltar, que no começo acho que era muito difícil, é o respeito mútuo, né? Então assim, eu tenho que respeitar você, no seu local, e a gente tem que respeitar... Qual é a finalidade? É uma só. Atender o paciente. Você estando na ponta, estando na regulação, é uma finalidade. É atender a necessidade do paciente. Enquanto a gente tiver esse foco, a gente respeita o colega da ponta, o colega da ponta respeita a gente... Não é impor o respeito, mas se fazer ser respeitado pelo serviço né? Não pela pessoa né? Não fica uma coisa pessoal “ah fulana é minha amiga”...” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 2.1.4 - INVISIBILIDADE OU DESCONHECIMENTO SOBRE O SETOR DA REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES

Peiter et al. (2016) comentam que a compreensão da importância da regulação como ferramenta para facilitação e efetivação da equidade motiva o profissional a atuar de maneira comprometida na sua função.

As falas dos participantes da pesquisa indicaram que o serviço da Regulação, em alguns momentos, tende a ficar invisível ou desconhecido, tanto para a população, como para os próprios trabalhadores da rede. A ausência de desse tipo de informação invisibiliza a fundamental função que esse setor traz como contribuição na área da saúde. A percepção dos profissionais sobre o desconhecimento quanto ao desenvolvimento das ações de regulação como uma ferramenta para a equidade pode ser percebida nos depoimentos a seguir:

“Eu acho que falta um pouco dos outros setores entenderem um pouco melhor sobre o nosso papel, né? O papel da regulação. Porque essa é a essência do serviço, né? A gente identificar problemas, né? A gente acaba sendo o setor chato na organização da saúde. Porque a gente vê defeitos, a gente vê problemas, a gente tá sempre apontando alguma coisa, e questionando e, às vezes, a gente não é bem visto nos outros serviços né? Por uma questão de ego, enfim, mas eu acho que é mais a falta de conhecimento dos outros setores, outros serviços ou outros profissionais, do que é o papel da regulação na saúde.” (E2, 37a, sm, jor., 9 de a.at.)

“Não sabia nem que existia (o setor), não tinha nem noção do que era isso, esse universo SUS... Mesmo eu já sendo funcionária... Eu não sabia o que era o SUS, de verdade. SUS pra mim era gratuidade do serviço lá quando você precisava. Mas não tinha esse universo de coisas né? De trabalhar em rede, de organização... Do pensar, do planejar, em saúde. Isso pra mim era inexistente, não tinha noção disso.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.)

“Dá a entender, às vezes, que a gente fica numa inércia. E não é inércia não! São vários ‘nãos’ que você escuta. Às vezes, até uma coisa ofensiva contra você, o pessoal passa do profissional e pensa muito que você é o pessoal, seu né? Então, assim, na verdade, a gente não tem. A gente, eu vejo que a regulação municipal ela fica como se você ficasse um nível acima, de todos os solicitantes, e você tem uma visão geral.” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.)

“Os profissionais que trabalham no telefone, conversando, eles não são visíveis, né? São muito criticados. Mas eu acho que isso falta também, você elogiar a equipe que você tem, eu acho que é muito importante você falar. Porque, às vezes, aquela pessoa lá, tentou, tentou e não deu certo aquela vaga. Pô, vai lá, né? E fala “pô gente, ó, que legal, trabalhando, antenando, deu certo... Conseguiu fazer de outra forma, né?”. Eu acho que isso também. Se não, você acaba sendo desmotivado.” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 2.1.5 - O MESMO CENÁRIO VISTO POR DIFERENTES PONTOS DE VISTA;

Arruda (2002) aponta contradições entre as práticas dos profissionais das emergências e a dos profissionais das centrais de regulação, representadas nas regras estabelecidas pelos sujeitos e seus discursos e práticas, atuantes no mesmo campo social de saúde enquanto atores e sujeitos sociais que acabam definindo subcampos, tendo em vista as especificidades das diferentes práticas envolvidas nesses processos e sua posição. Tais diferenças parecem interferir, tanto nas relações de força, quanto na capacidade de olhar mais amplamente o sistema. Esse autor, explicita ainda, o fator individual operando o sistema, quando o profissional da assistência acessa a Central de Regulação para repassar a responsabilidade da ação à hierarquia “superior” do sistema.

Na mesma perspectiva de Arruda (2002), nossa pesquisa indicou que o ponto de vista de cada um tem a ver com o modo de interpretar sua função e as atribuições do outro. As pessoas fazem leituras com base em seus valores pessoais, e estes, envolvem emoções e experiências peculiares. A realidade pode ter várias facetas, mas só se pode formar uma opinião com base no que se conhece, se vê, se ouve e se sente. O que não se conhece não integra o juízo de valores. Acreditar que aquilo que se vive é tudo o que existe é um equívoco que também se apresenta nas vivências profissionais cotidianas. Abaixo algumas falas que traduzem esse pensamento:

“E até, assim, a gente passa algum tempo, a gente se acomoda também, né? A ver a visão do outro, quando alguém chega ou olha de fora, acho que consegue ter uma melhor percepção do que acontece, e, às vezes, tá fazendo uma observação melhor, também tem isso.” (E4, 47a, sf, enf., 5 de a.at.).

“Eu acho que todo profissional que assume um compromisso de regular vagas, ou de trabalhar nesse setor, ele precisa conhecer o lado de quem

solicita vagas e da família, e daqueles que ficam na expectativa do que vai acontecer depois de um determinado tipo de atendimento.” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.).

“Quando a gente tá do outro lado, a gente não imagina e hoje a gente vê né? Que é diferente também do que a gente pensa do que é. Tá na ponta, né? Porque, às vezes, quem tá na gestão, ou quem tá em algum outra posição, mais técnico, às vezes, tem uma visão deturpada, né? E hoje a gente vê que existe também uma grande responsabilidade. Acho que até, talvez, tenha um pouco mais de trabalho. Não vou dizer mais responsabilidade porque todo mundo acaba tendo, mas, às vezes tem uma visão diferente, né?” (E2, 37a, sm, jor., 9 de a.at.).

“Tem muita discussão com colegas nos dois pontos, né? Nas duas pontas, porque nem sempre as pessoas entendem o que os colegas estão passando no pronto socorro, com aquele paciente que não consegue transferir... E o contrário, né? O pessoal do pronto socorro acha que você vai criar uma vaga do nada pra aquela criança, aquele jovem que tá doente. E acaba pressionando o pessoal da central de vagas, né? Como se adiantasse alguma coisa. Então dá pra ver as duas visões. É que você entende a limitação de cada ponto né? É muito fácil a gente ver só o nosso umbigo, resolver o nosso problema, mas sem saber a abrangência total do problema né?” (E6, 57a, sm, med., 9 de a.at.).

CATEGORIA GERAL 2.2 – IMPORTÂNCIA DO SUPORTE/ RETAGUARDA DA CHEFIA:

CATEGORIA ESPECÍFICA 2.2.1- SUPORTE TÉCNICO;

Barbosa et al. (2016) destacam que determinados arranjos institucionais envolvendo diferentes atores que fazem a gestão de forma compartilhada e, além disso, a importância da retaguarda da chefia técnica levam a maior independência, melhores resultados sanitários e econômicos.

Os profissionais entrevistados, embora possuam segurança para atuar e desenvolver as suas habilidades, referiram maior segurança quando ocorre uma retaguarda da gestão que os encorajem e lhes passe maior segurança e apoiando nas ações produzidas. Esses aspectos são observados nas falas abaixo:

“Quem vai pra fronteira lutar é o primeiro que leva tiro, entendeu? Então o recém-formado, ele precisa de conhecimento, ele precisa de experiência, é olhar pra cara do paciente ficar tremendo, não sabendo o que vai resolver, precisa alguém pra falar assim “tá vendo, é isso, assim, assado”, aí ele vai numa segunda vez ele já sabe o que é pra fazer.” (E3, 71a, sf, med., 6 de a.at.).

“Eu acho que a questão acadêmica profissional tá muito difícil, principalmente a formação médica... Onde os profissionais saem muito crus e vão pra urgência, não consigo entender isso. Eu acho claro, é... além da formação... valor de cada um, né? Da sua iniciativa, de quem arrisca mais, ou não, mas acho que tinha que ter alguma coisa pra... não dá pra ser ‘plantoneiro’! Sair da faculdade e ir dar plantão, porque você tem... Você bota muito em risco, uma necessidade, numa área que o paciente tá tão vulnerável né.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 2.2.2- SUPORTE DA GESTÃO;

Os gestores e técnicos das centrais de regulação se colocam na posição de elo entre os elementos do sistema e os clientes, interagindo e facilitando o acesso da população aos serviços, demonstrando sua capacidade de atuar como estruturantes e potencializadores desse acesso (Gawryszewski et al., 2012).

Os participantes da pesquisa parecem concordar com esse papel fundamental do gesto, referindo que o mesmo auxilia os trabalhadores a compreender a importância das mudanças e mostra as vantagens que a ela traz. O gestor motiva com estímulos a equipe melhorando a qualidade do serviço, a produtividade e trazendo uma maior segurança nas ações efetuadas. A seguir, algumas falas que mostram o reconhecimento da equipe quanto à importância do gestor:

“Aqui a gente tem bastante conversa, o acesso é muito bom, né? São muito acessíveis... Tanto o X, como a coordenação, a chefia do departamento, a gente nunca teve problema, nenhuma dificuldade, né? Então é muito fácil de se conversar e aí eu coloquei as questões e falaram “não, realmente, não tem o porquê, a gente pode mudar isso.” (E4, 47a, sf, enf., 5 de a.at.).

“Houve sempre uma ajuda muito grande. Por parte dos profissionais que ocupam o cargo de chefia. Sempre são solícitos, sempre nos atendem, nos mais diversos momentos do dia... É ajuda inigualável da secretaria de saúde,

que sempre me socorre, nas situações mais complicadas. Então eu acho que quanto a isso nós somos privilegiados. Trabalhamos em uma organização que nos dá segurança e que nos dá prazer em trabalhar, porque temos assessoria adequada.” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.)

“E quando você tem uma inconstância de secretário de saúde como no município... Você é mais permissivo, você acaba ficando mais vulnerável... Não tem ninguém tomando conta, qualquer um toma conta, então, eu acho que a questão das interferências, de mudança de conduta, é muito por uma descontinuidade de rumo da secretaria de saúde...” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).

“Mas com a falta de condução do gestor, dessa inconstância... A atenção básica é a primeira que perde o rumo, que perde o que tem que fazer. Então, ele não atuando, vem efeito cascata. Ela vai deixar paciente alarmar sem a devida observação, e paciente vai pra UPA, né? Fica aquele círculo vicioso. Então a falta de norte do secretário, acho que ela desencadeia sim, uma dificuldade que acaba resvalando aqui na regulação.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).

NÚCLEO ESTRUTURADOR DO DISCURSO 3: FORMAÇÃO/ CAPACITAÇÃO PARA ATUAR NA ÁREA DE REGULAÇÃO HOSPITALAR

CATEGORIA GERAL 3.1- DEMANDAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

CATEGORIA ESPECÍFICA 3.1.1 – CAPACITAÇÃO ESPECÍFICA PARA ATUAR NA ÁREA DE REGULAÇÃO:

A Educação Permanente em Saúde (EPS) estimula o questionamento da realidade atual e o desenvolvimento de propostas que levem a mudanças e melhorias na prática dos profissionais. A necessidade de investimentos em EPS na área da regulação em saúde é justificada pela alta demanda dos serviços de saúde no Brasil. Isso exige, de fato, o comprometimento dos profissionais, sendo necessário o estímulo para o desenvolvimento de uma assistência à saúde baseada em evidências, aliando a melhor evidência científica à melhor prática clínica possível, considerando, além de sua experiência clínica individual, os valores do paciente. Isso qualifica o trabalho dos

profissionais envolvidos, que deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões sobre as condutas mais adequadas, sejam elas clínicas ou gerenciais (Silva et al., 2014; Jensen et al., 2016).

Diante desse tipo de reflexão, torna-se evidente que o apoio da EPS contribui de forma efetiva para o andamento dos processos de trabalho e divulgação do funcionamento dos protocolos com atuação da rede. Faz-se um instrumento de transformação, orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado. As falas, a seguir, corroboram tal pensamento:

“Quando o SISREG foi implantado no município, teve um treinamento ostensivo... Tanto os administradores do SISREG daqui iam às unidades, como eles também vinham aqui, faziam treinamentos, fizeram testes... Eles tiveram uma boa oportunidade de aprendizado. Mas, assim, eles foram treinados exaustivamente. Até hoje existem dúvidas, mas são dúvidas que vão existir sempre. Porque, às vezes, muda alguma coisa, as atualizações acontecem. Então são mudados, e aí vai se diminuindo algumas dificuldades. Mas na grande maioria eles são aptos, né? A mexer com o sistema.” (E4, 47a, sf, enf., 5 de a.at.)

“Porque a regulação, ela, entendeu que ela precisava ir às unidades. Que ela precisava mostrar o quanto ela ia ajudar o serviço. Nesse momento, ela treinou, sensibilizou os funcionários, sensibilizou a rede de ação de urgência e colheu esses frutos. Agora você pergunta: em que momento eu ponho, de que forma eu ponho a informação, que eu coloco? Isso é sensibilização.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.)

CATEGORIA ESPECÍFICA 3.1.2 - DESENVOLVIMENTO DA FORMAÇÃO PARA O TRABALHO NA ÁREA BASEADO DA PRÁTICA DIÁRIA;

Miccas e Batista (2014) afirmam que as instituições de saúde precisam implementar projetos de educação permanente, oportunamente articulados com instituições formadoras de recursos humanos. Os projetos podem ocorrer no ambiente laboral, desenvolvendo competências com foco nas melhorias, com participação de

todos os atores envolvidos, pautados na construção de conhecimentos de forma horizontal e interdisciplinar.

As falas encontradas na pesquisa nos mostram que esse é um caminho que necessita ter um olhar mais cuidadoso, com maior investimento de recursos para garantir a melhoria nos processos de trabalho, a fim de obter consequências positivas no atendimento ao usuário dos serviços de saúde. Abaixo notamos a importância e necessidades da EPS, nos trechos das falas dos entrevistados:

“A rotina foi praticamente no dia a dia... E depois, nos próprios cursos mesmo né? As capacitações que a gente fez. Mas, a princípio, foi com os colegas no dia a dia mesmo. As pessoas vão aprendendo... se adequando né? Conforme as coisas vão acontecendo, não existe nada, um treinamento específico pra... pra... Até mostrar o que é feito, como o setor funciona... É mais no dia a dia mesmo.” (E2, 37a, sm, jor., 9 de a.at.)

“Porque cada um que tá lá na ponta tem uma visão daquilo que entende né, porque até porque não é uma coisa uniforme né? Cada um vai pegando conforme seu dia a dia... Se tivesse um treinamento, umas reciclagens, até pra aproximar mais o setor de regulação das pontas... Ou reuniões, ainda que fossem mensais, pra estar mostrando algumas mudanças que, às vezes, ocorrem e tal. Eu acho que seria melhor... Acho que ia otimizar mais a relação.” (E2, 37a, sm, jor., 9 de a.at.)

“(Sobre treinamentos) Falta. Eu acho que falta contato com a gestão. A ponta ela é sempre no “se vira”. Eu acho que precisava ir, conversar e explicar, e falar que ele trabalha de forma... Ninguém fala.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.)

“Quem foi colocado na regulação aqui, no começo, ninguém foi treinado.” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.)

“(As portarias da área) Não eram divulgadas. Eu só tive contato com as portarias quando eu fui fazer a especialização. Porque, no dia a dia, não dá pra você às vezes parar. Porque você fica muito apagando o fogo né? Então você não tem muito... Você vai sentar, “vamos sentar e debater sobre a portaria”, não tem isso...O bom é que a gente pegou a regulação no início, então, a gente aprendeu com os nossos erros, né? A gente foi melhorando, foi evoluindo, né?” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.)

“A regulação, ela tem um viés de ensinar, dessa coisa da orientação... De tirar dúvidas... A regulação ela tem uma... Não que ela não tenha que ter eu acho que até que é o papel dela também, mas ela ainda é um ‘alguém me ajuda, que eu não sei’, então é ali que eu ligo... É um ponto de informação, é um ponto de referência.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 3.1.3 - EXISTÊNCIA DE PROTOCOLOS PRÉ-DEFINIDOS E PADRONIZAÇÃO DE CONDUTAS;

Através da implantação de protocolos de acesso, os encaminhamentos passam a ser classificados, já no centro de saúde, como rotina, prioridade ou urgência. A partir disso, fica garantido o acesso aos casos prioritários e urgentes, diferenciados dos agendamentos de rotina, tornando o acesso mais equânime. O protocolo de acesso tende a facilitar o trabalho do regulador (Peiter et al., 2016).

Realmente, os protocolos tendem a organizar o serviço e a padronizar as condutas, excluindo a atuação individual e baseada apenas em conceitos peculiares de cada indivíduo. Nas falas a seguir podemos perceber o respaldo que os protocolos fornecem, principalmente quando a construção dos mesmos é realizada de acordo com a realidade apontada e pelos próprios atores envolvidos.

“Nós temos protocolo, e além do protocolo nós usamos também a condição técnica, a experiência, às vezes acionamos outro colega pra sanar alguma dúvida, e colocamos ali, em discussão, algumas discussões que precisa de ajuda. Então existe o protocolo, e existe também a questão da experiência pra poder chegar à conclusão daquilo que precisa ser feito, né?” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.).

“Dá, assim, um pouco de limitação pra gente. Mas o protocolo é fundamental, pra que eu possa às vezes argumentar, com o médico que tá lá na ponta, né? E falar ‘por que que você não vai mandar esse paciente, Dr., presta atenção, um AVC com menos de quarenta e oito horas, ele entra na janela...’. Não caracteriza ainda uma vaga de enfermaria. Porque tá no protocolo, porque tá no Ministério” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.).

“O serviço fica respaldado né? A gente tem certeza que tá sendo feita uma escolha com base no quadro clínico do paciente e não com qualquer outro tipo de interferência, outro tipo de influência.” (E2, 37a, sm, jor., 9 de a.at.).

“A regulação serve justamente pra isso, né. Pra você fazer uma classificação de risco, ver quem vai se beneficiar, não é nem quem é mais grave né? Porque às vezes, infelizmente, você tem um ‘vôzinho’ noventa anos, grave, e uma criança, grave, você não tem dúvida quem você vai priorizar, né. Quem tem muito mais anos pela vida, quem tem chance de sair melhor daquela situação... então tudo isso faz parte da regulação que não aconteceria, se ela não existisse.” (E6, 57a, sm, med., 9 de a.at.).

“Eles existem os fluxos, só que eu particularmente eu não participei, por causa que eu sou, como vou dizer, sou técnico administrativo. Quem participou é mais o pessoal da enfermagem né? Dos solicitantes e do receptor... E os médicos do setor também. Eu acho que poderia ter contribuído, porque como você falou, a gente que tá mais no dia a dia recebendo, a gente sabe onde ocorrem os problemas. Aí muita gente que tá na reunião não vê o problema quando acontece, alguma... Alguma coisa... Então... A gente podia dar alguma dica, nesse sentido.” (E8, 39a, sm, asis., 2 de a.at.).

“A gente fez os protocolos conversando com todo mundo né? E foi a discussão, se é aquilo mesmo, se não é... Eu acho que fazer protocolo... Fazer é fácil, né? Mas as pessoas estarem participando efetivamente da construção disso, e tá consultando, atualizando, isso já é bem mais difícil, né? Então, a gente acaba mais, utilizando do protocolo quando existem problemas, né? Então acontece um problema em determinada situação, aí vai pro protocolo, aí que as coisas aparecem né? Então briga, revisa protocolo... E vai adequando.” (E6, 57a, sm, med., 9 de a.at.).

“O protocolo iniciou-se quando a gente informatizou a regulação. Tinha necessidade de fazer, porque tinha muita resistência né? Informatizar... Foi uma resistência muito grande, pros P.S. né? Então tivemos que criar três manuais. O do regulador, né? Da pessoa que vai pedir, e para os prestadores. Que eram três setores envolvidos ao mesmo tempo, né? Então isso obrigou a gente a sentar, a pensar, discutir. E leva alguém da regulação. Porque na época, eu acho que isso falta agora. É... Você, por mais que é ruim você tirar alguém da regulação, pra levar pra debates... É importante. E isso na outra gestão tinha. O ouvir da pessoa que tá na ponta. Porque às vezes a gente tá muito pensando, muito pensando, muito na teoria... Mas na prática não

funciona, né? Para aquele setor, aquela região. Então acho que isso foi importante. Você trazer, tirar uma médica de lá, um profissional, enfermeira... ‘pô, que que você tá...’. Não, isso não vai funcionar, ou isso pode ser dessa forma. E aí a gente, no protocolo, trazendo a experiência das pessoas. Até porque a gente não constrói nada sozinho, né?” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 3.2.1 – IMPORTÂNCIA DA EXPERTISE PROFISSIONAL DA EQUIPE DE REGULAÇÃO;

Segundo Barbosa et al. (2016), a regulação permite que se responda às demandas da população em concordância com as diretrizes do SUS, de forma harmoniosa, proporcional e ordenada, constituindo o ato de regular em guiar, orientar, ajustar, sujeitando as regras todas as respostas de situações de urgência e emergência. Podemos interpretar, a partir desse autor que, além dos protocolos, a equipe deposita em suas ações primeiramente a sua base de formação e após, as suas experiências e vivências anteriores, além da capacidade técnica com expertise na condução dos casos com maestria e precisão. Vemos abaixo algumas falas que ilustram essas ideias:

“Nós tínhamos um colega médico que tinha uma larga experiência com regulação de vagas. E esse colega ele trouxe do outro local que ele trabalhava, lá no interior de São Paulo. Ele já trouxe um protocolo pré-definido, onde nós adotamos, a princípio, e tomamos conhecimento. Depois, algumas coisas mudamos para estar de acordo com a nossa conveniência aqui.” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.).

“Então, na verdade, a regulação ela tem normas e rotinas, né? Então ela tem uma organização de como faz, aonde pega, o que põe, o que preenche... Até porque a ferramenta que a gente usa é totalmente intuitiva né? Então tá lá, campo pra preencher. Agora, a gente conta muito mais com protocolos acadêmicos de cada profissional... Do seu próprio conhecimento... Médicos, por exemplo, eu tenho dias que tenho pediatras de plantão, ela tem uma organização melhor nos casos pediátricos do que quando eu tenho um cirurgião, ou um clínico conduzindo a regulação naquele dia. A gente percebe que a organização manejo de informação, de dar feedback para as unidades de pronto atendimento. É mais facilitado.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).

“(...) hoje em dia eu não consigo mais separar né? A “enfermeira” do “administrativo”. Eu não sei como eu sobrevivi enquanto não era enfermeira. Aí, no começo, quando eu não tinha (a formação), sinceramente... Pegar uma tomografia, né? Não ia nem entender os termos, não ia nem entender o descritivo. E aí o que que você vai fazer? Você vai usar ordem de chegada. É o ideal? Não. Não é o ideal.” (E4, 47a, sf, enf., 5 de a.at.).

“A minha especialidade é em anestesiologia, mas eu sempre tive muito interesse pela clínica médica. E o setor de regulação de vagas é clínica médica, e terapia intensiva. E eu acho que bom senso, né? E bom senso e experiência clínica. Então eu acho que toda essa formação que eu tive ao longo da faculdade, dos anos, contribui pra uma segurança e uma eficiência maior nessa função.” (E7, 51a, sm, med., 2 de a.at.)

“Porque a nossa equipe de regulação, eles têm boa formação acadêmica hospitalocêntrico (...) Mas eles têm uma bagagem profissional que consegue melhorar esse manejo clínico. Então todos eles vão conseguir conduzir.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).”

“Eu acho assim, que a formação acadêmica do enfermeiro, ele é muito simplista, mas ela já tem o quê de regulação né? (...) Eu acho que a gente, querendo ou não, você já faz uma microrregulação no seu setor... Talvez a regulação ser um conhecimento que ajude a disparar ainda mais essa necessidade do enfermeiro se posicionar. Talvez ajude sim, nesse contexto acadêmico talvez empodere ainda mais a formação.” (E9, 46 a, sf, enf., 10 de a.at.).

CATEGORIA GERAL 3.3. AVALIAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO DE RESULTADOS NO SERVIÇO DE REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES.

CATEGORIA ESPECÍFICA 3.3.1 - CUMPRIMENTO DE METAS/ RESULTADOS;

Vilarins et al. (2012) destacam que o papel da regulação promove a articulação e a integração das atividades de regulação com as ações de fiscalização, controle,

avaliação e auditoria nos diversos níveis de complexidade da assistência dentro de uma rede hierarquicamente organizada. Então, como toda metodologia administrativa, seguem as etapas de construção do processo com vistas aos processos avaliativos com posterior devolução aos trabalhadores envolvidos. Esse direcionamento indica qual o patamar de eficácia que o serviço precisa atingir. A seguir, vemos uma declaração sobre o cumprimento das ferramentas estratégicas de gestão:

“Na realidade nós monitoramos os prestadores, né? Tanto os solicitantes, as UPAs, como Beneficência, Santa Casa, Estivadores... A gente monitora através do POA, que ele resume a pontuação de acordo com a performance... E nós somos também, de certa forma, avaliados pelo PDR...Aquele plano de...Como que chama mesmo? Plano de... Bom, o funcionário recebe recursos, né? No final do ano, se ele cumpriu determinadas metas. Então nós temos também essas metas a serem cumpridas.” (E6, 57a, sm, med., 9 de a.at.).

CATEGORIA ESPECÍFICA 3.3.2 - IMPORTÂNCIA DE ENCONTROS PARA AVALIAÇÃO/ACOMPANHAMENTO DE RESULTADOS;

O compartilhamento de valores, ideias e, portanto, representações, podem atuar como facilitador dessas relações interindividuais, trazendo subsídios para a construção de certa forma de autonomia e de responsabilização na equipe de regulação (Gawryszewski et al., 2012).

Os encontros com os atores envolvidos no processo de trabalho favorecem o entendimento do fluxo, com devolutivas de ações. Essa práxis insere o profissional em uma realidade baseada em um contexto geral e não somente no setor onde o mesmo atua, permitindo trocas de saberes e experiência entre os profissionais, além de permitir com que se reconheça o ponto de vista do outro. Uma das estratégias que pode colaborar com esse aspecto é a EPS que pode realizar essa articulação, promovendo encontros, reuniões, treinamentos, etc. A seguir, destacamos os trechos dos discursos dos participantes, que ilustram de forma evidente a importância e a necessidade desses espaços de formação continuada:

“Eu acho que isso aí seria importante e não tem. Eles não têm nem um *feedback* do resultado. Seja mensal, semestral, anual...Isso aí seria muito importante.” (E2, 37a, sm, jor., 9 de a.at.)

“(Sobre a importância de encontros para avaliação de resultados) Fundamental... Até pra poder fazer correções de algumas coisas que, às vezes, no meio do caminho, não estão indo bem. Às vezes, nem percebem, né? Que, às vezes, surge essa dificuldade, e... Surge alguma dificuldade, alguma coisa que tá impedindo no trabalho, né? Por conta da rotina... Então seria importante periodicamente eles estarem se reunindo pra poder discutirem né? Os resultados, enfim, fazendo sugestões, né? Seria importante sim.” (E2, 37a, sm, jor., 9 de a.at.)

“Nós tivemos isso, né? É que é uma gestão mais nova agora. Na passada tinha. Acho que era trimestral, se eu não me engano, que eram levantados os casos e a gente discutia a visão de cada um. Porque a visão do regulador é diferente da visão da chefia né? Têm outros parâmetros aí. Então essas discussões são bem interessantes. Mas atualmente a gente não tem feito. Mas discussão no dia a dia mesmo né?” (E6, 57a, sm, med., 9 de a.at.).

“Por mais que é ruim você tirar alguém da regulação, pra levar pra debates, é importante. E isso na outra gestão tinha. O ouvir da pessoa que tá na ponta. Porque às vezes a gente tá muito pensando, muito pensando, muito na teoria, mas na prática não funciona, né? Para aquele setor, para aquela região. Então acho que isso foi importante. Trazendo a experiência das pessoas. Até porque a gente não constrói nada sozinho, né?” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.).

“São importantes, porque alinha né? Acho que coloca os ânimos pra fora, tudo, né? E a percepção é melhor... Então as pessoas entendem melhor. E a chefia tem que colocar a posição dela, porque, nós estamos só com um regulador né? Acontece que é difícil fazer reunião, né? Porque o médico tá aqui. Cada médico vem um único dia na semana. Então pra você reunir a equipe toda, sabe como que é difícil né? Horários, dias, cada um tem seu compromisso. Então é bem complicado, essas reuniões. Mesmo na gestão passada tinha muita dificuldade. Nós estamos em... Sei lá... Oito médicos, vem três, nunca tá a equipe completa né?” (E6, 57a, sm, med., 9 de a.at.).

“É então... Muito pouca informação sobre a regulação... Eu acho que, vamos supor, simpósio, quarto simpósio de Regulações e Serviços de Saúde da Prefeitura X, onde cada um conhecesse, né? Se tornasse a sua unidade, né? Eu acho que isso seria interessante pras pessoas. E permitir, que o

funcionário que tá de plantão vá, porque não tem isso, né? Às vezes a gente tem isso né? “ah não, a equipe é tão restrita, tão restrita”” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.).

“A gente, todo dia, de manhã, ela vinha, coordenadora. Vinha comigo, que era chefe de seção, na sala, quinze minutinhos. A gente perguntava quais eram os principais problemas da equipe. A equipe falava. Se a gente não tinha resposta, a gente levava. Na outra semana a gente trazia com as sugestões. E isso, ia dando embasamento e segurança pra pessoa que ia trabalhar. Porque o problema não é só meu. Eu compartilho com você, que talvez seja meu problema, com a outra equipe que trabalha amanhã, que também não se conversa, entendeu?” (E5, 45a, sf, enf., 12 de a.at.).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discursos dos participantes da pesquisa permitem evidenciar que o processo de Regulação de Vagas Hospitalares é um instrumento fundamental de gestão em saúde no SUS, caracterizados por universalidade, integralidade e equidade. Se, por um lado, promove o controle de acesso, atuando de forma mais justa e equânime para a população, disponibilizando os recursos adequados às necessidades do usuário, por outro, evidencia “gargalos” de disponibilização de vagas de maior complexidade no contexto da região estudada.

Os processos de regulação, embora ainda não completamente estruturados, já apresentam, na sua prática cotidiana, potencial de contribuir com o atendimento dos pacientes de forma justa. A implantação dos sistemas trouxe a digitalização dos processos e a centralização de algumas ações no setor, o que foi apontado pelos participantes como elemento importante para a diminuição de interferências externas, suscitando maior transparência, agilidade e facilidade ao acesso às informações.

Por se tratar de uma dissertação de defesa do Mestrado Profissional, um dos fatores limitantes foi o tempo reduzido para a realização da pesquisa, pois uma pesquisa mais ampla necessitaria de tempo e financiamento, deslocamentos e estadias o que seria inviável no momento da Pandemia de Covid-19. Sendo assim, como limites da pesquisa o fato de que os dados apresentados expressam um contexto regional.

A Regulação, para contribuir com um cenário de fortalecimento dos princípios SUS, tende a adequar a oferta à demanda por meio de avaliação, priorização, critérios clínicos e protocolos. Quanto a isso, foi destacado que o acesso à tecnologia em saúde permitiu melhor visão dos processos, fiscalização das ações, agilidade e resolutividade, promovendo o princípio de equidade, valorizando e fomentando as ações nos serviços. Nesse sentido, reconhece-se que o uso de sistemas promove maior autonomia e confiança para a tomada de decisões, favorece e motiva o profissional de acordo com a sua competência. Além disso, a coordenação de atividades, alocação de recursos, administração de conflitos baseadas em diálogos construtivos favorecem o desenvolvimento do trabalho em rede.

O profissional da Regulação atua como um elo entre os serviços, sendo parte da estrutura e atua como potencializador de acesso e melhor resolubilidade. A boa comunicação, a expertise, o apoio do gestor, o compartilhamento de valores, ideias e vivências são facilitadores para o entendimento do papel desse interlocutor nas ações

cotidianas, permitindo compreender as necessidades e potencialidades sob óticas distintas.

Além dos aspectos construtivos, cabe também explicitar algumas necessidades desse campo, como, por exemplo, dificuldades de infraestrutura em alguns contextos, insuficiente articulação e conexão entre as ações e operação dos sistemas, bem como a baixa visibilidade desse trabalho, o que parece levar a pouca compreensão da importância da regulação de vagas hospitalares nos diversos âmbitos do SUS e, mesmo, na população em geral.

A importância das relações pessoais foi um aspecto de destaque nas falas dos participantes, pois a pesquisa também evidenciou que nesse setor há um “polo de tensionamento” no qual os profissionais envolvidos relatam sobrecarga de trabalho e pressões externas, podendo ser agravado em função do desconhecimento da população geral, e mesmo, de outros profissionais de saúde sobre os sistemas de regulação, gerando, então, uma angústia diária que afeta, além do horário laboral, a vida pessoal desse profissional. Os discursos dos participantes evidenciaram sentimentos de responsabilização individual e impotência que acabam sendo uma resposta frequente no enfrentamento das dificuldades cotidianas.

Diante disso, observa-se que a invisibilidade do setor de regulação e suas funções (e limites) em relação à rede podem propiciar interpretações equivocadas ou desconexas que resultam, algumas vezes, em problemas de comunicação e de relacionamentos interpessoais.

Outro ponto destacado foi a importância do papel da chefia como liderança, influenciando, motivando e ofertando suporte à sua equipe com o compartilhamento de ideias e conhecimentos, o que proporciona um sentimento de amparo e satisfação à equipe de regulação.

Além das dificuldades de ordem relacional, também se evidenciou a necessidade de qualificação e capacitação de forma continuada, como conteúdos significativos nas falas dos participantes da pesquisa. Foi apontado pelos entrevistados que a ausência dessas formações continuadas fragiliza o entendimento do papel dos profissionais, desorganizando as ações e favorecendo o risco de comportamentos e procedimentos díspares às propostas da regulamentação.

Diante disso, ressalta-se a importância da EPS, desenvolvendo e ampliando as competências, tomada de conhecimento sobre os papéis e as ações dos envolvidos e fomentando ações de desenvolvimento e aperfeiçoamento da comunicação eficaz entre

os profissionais. Além disso, a EPS pode contribuir para minimizar a invisibilidade desta fundamental área de atuação em saúde, que, entre outras atribuições, permite o apoio às práticas resolutivas e humanizadoras em saúde para fortalecimento das diretrizes do SUS.

Por fim, destaca-se que todo o processo de construção da pesquisa provocou na autora, enquanto pessoa e profissional, uma reflexão profícua quanto às atividades do cotidiano e, conseqüentemente, uma transformação das ações realizadas, aprimorando as relações interpessoais no contexto laboral, a promoção de melhor autoconhecimento e valorização das relações familiares.

REFERÊNCIAS

Abreu A, Jesus WLA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2006. Vol. 12, p. 654-658.

Almeida FA, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2010. Vol. 26, p. 286-298.

Arruda A. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. *Cadernos de pesquisa*, São Paulo. 2002. Vol. 117, p. 136.

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo. 2011. Vol. 70.

Barbosa DVS, Barbosa NB, Najberg E. Regulação em Saúde; desafios à governança do SUS. *Caderno de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2016.

Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8080 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 e dá outras providências. Brasília, DF. [Internet]. 1990a. [acesso em 2018 mar 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

Brasil. Presidência da República, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF. [Internet]. 1990b. [acesso em 2018 mar 9]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma operacional da assistência à saúde/ SUS - NOAS-SUS 01/02. Brasília, DF. [Internet]. 2002a. [acesso em 2018 mar 9]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 423, de 24 de junho de 2002. Regulamentação de controle, regulação e avaliação. Brasília, DF. [Internet]. 2002b. [acesso em 2018 mar

9]. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2002/prt0423_24_06_2002.html.

Brasil. Ministério da Saúde. MS/SE/DAD/Coordenação-Geral de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde/Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do SUS. Oficina sobre Avaliação de Desempenho do SUS. Relatório Final. Brasília, DF. [Internet] 2004. [acesso em 2018 mar 8]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF. [Internet]. 2006. [acesso em 2018 mar 9]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasília, DF. [Internet]. 2007. [acesso em 2018 mar 8]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf>.

Brasil (a). Ministério da Saúde. Portaria nº 1559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF. [Internet]. 2008a. [acesso em 2020 set 9]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 729, de 14 de outubro de 2002. Estabelece os indicadores de avaliação, bem como os requisitos básicos a serem contemplados no Plano de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência [Internet]. Brasília, DF; 2008b. [acesso em 2020 set 9]. <http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pdfs%202009/PT%20SAS%20729%2014.10.2002.pdf>

Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 2016. [acesso em 2019 Mar 19] Available from: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Brasília, DF. [Internet]. 2017. [acesso em 2020 set 8].

Disponível

em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/PDF/2018/marco/28/Manual-NIR---Versao-digital-RGB.PDF>.

Busse R. Regulation in health care: a basic introduction. In: Conferência: Regulação econômica, concorrência e serviços de interesse geral. Lisboa. IPE; 2001.

Cavalcanti RP, Cruz DF, Padilha WWN. Desafios da regulação Assistencial na Organização do Sistema Único de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2018. Vol. 22, p. 181-188.

Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C, Mladovsky P. France: Health System Review, *Health Systems in Transition*. 2010. Vol. 12, p. 201–291.

DATASUS. SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS. [Internet] [acesso em 2021 jan 5]. Disponível em: <http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>.

Farias LO, Melamed C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. *Revista Ciência &Saúde Coletiva* ; 2003. Vol. 8, p. 585-598.

Farias SF, Gurgel GDJ, Costa AM, Brito RL, Buarque RR. A regulação no setor público no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Revista Ciência &Saúde Coletiva* ; 2009.

Ferreira AS. De que falamos quando falamos de regulação em saúde? *Análise Social*. 2004. Vol. 39, p. 313-337.

Fiani R. Afinal, a quais interesses serve a regulação? *Economia e Sociedade*. 2004. Vol. 13, p. 81-105.

Franco TB, Magalhães Junior H. Integralidade na Assistência à saúde; a organização das linhas de cuidado. São Paulo. Hucitec.2004.

Gawryszewski, ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*; 2012. Vol. 22, p. 119-140.

Goldwasser SR, Lobo MSC, Arruda EF, Angelo AS, Ribeiro ECO, Silva JRL. Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2018. Vol. 30.

Harrison S, Moran M. Resources and rationing: managing supply and demand in health care. In: Albrecht GL, editor. *The handbook of social studies in health and medicine*. New York: Sage. 2000, p. 493-508.

Heidemann ITSB, Cypriano CC, Gastaldo D, Jackson S. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. *Cad. Saúde Pública*. 2018. Vol. 34, p. 23.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional (Cubatão). São Paulo. [Internet]. [acesso em 2018 nov 10]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/cubatao/panorama>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional (Santos). São Paulo. [Internet]. [acesso em 2018 nov 10]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/santos/panorama>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa populacional (Guarujá). São Paulo. [Internet]. [acesso em 2018 nov 10]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/guaruja/panorama>.

Jensen R, Guedes ES, Leite, MMJ. Competências em informática essenciais à tomada de decisão no gerenciamento em enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo. 2016. Vol. 50, p. 109-117.

Lima MRM, Silva MVS, Clares JWB, Silva LMS, Dourado HHM, Silva AA. Regulação em Saúde; conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Revista RENE*, Fortaleza. 2013. Vol 14, n. 1, p. 23-31.

Lloyd-Bostock SM; Hutter BM. Reforming regulation of the medical profession: the risks of risk-based approaches. *Health, Risk & Society*. 2008. Vol. 10, p. 69-83.

Magalhães JHM. Regulação assistencial: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. 2002.

Miccas FL, Batista SHSS. Educação Permanente em Saúde: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*. 2014. Vol. 48, p. 170-185.

Minayo MCS, Delandes SF, Gomes R. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro, Petrópolis. Vozes. 2009.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. São Paulo. 2006. Vol. 14, p. 406.

MV, Alta performance em gestão. [Internet]. Brasil. [acesso em 2020 mar 10]. Disponível em: <http://www.mv.com.br/pt/solucoes/hospitalar>.

Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2012.

Organização Mundial da Saúde. *Constituição Mundial da Saúde*. Documentos básicos, suplemento da 45ª edição, outubro de 2006. [Internet]. Brasil. [acesso em 2020 jul 10]. Disponível em: http://www.who.it/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

Peiter CC, Lanzoni GMM, Oliveira WF. Regulação em saúde e promoção de equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Revista Saúde em debate*. Rio de Janeiro. 2016. Vol. 40.

Pereira MCS, Alves CA, Pereira JM. A Unidade de Gerenciamento de Vagas; como facilitadora na regulação de vagas e leitos no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel em Natal/RN. 2013.

Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *The Medical Journal of Australia*. 1995.

Salvatori RT, Ventura CAA. A Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. *Organizações & Sociedade*. 2012. Vol. 19, 62. ed, p. 471-487.

Santos BS. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo. Cortez. 2008.

Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface (Botucatu)*. 2006. 10: 25-41.

Silva NG, Peres CA, Morell MGGP, Areco KN. Fatores associados à infecção pelo HIV em trabalhadoras do sexo (TS) em Santos - SP. *Saúde Coletiva*. 2007. Vol. 4, pg. 168-172.

Silva CT, Terra MG, Camponogara S, Kruse MHL, Roso CC, Xavier MS. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre. 2014. Vol. 35, n. 3, p. 49-54.

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007. V. 19(6), p. 349-357.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. 2005. Vol. 39, p. 507-514.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis. Editora Vozes. 2011.

Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde; aspectos conceituais e operacionais. *Revista Saúde em Debate*. 2012.

ANEXOS

ANEXO I

Rubrica

Página 1 de



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE**I-Dados de Identificação dos Participantes da Pesquisa: Atendimento Psicológico**

Nome: _____

Documento de Identidade: _____ Sexo: _____

Data de nascimento: _____

Endereço: _____

Nº _____ Complemento _____

Bairro: _____

Cidade: _____ Cep: _____

Telefone 1 () _____ Telefone 2 () _____

II- Dados sobre a Pesquisa

1. Título da Pesquisa: O PROCESSO DE REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DO TRABALHADOR DE SAÚDE: (DES)ENCONTROS ENTRE QUEM SOLICITA E QUEM REGULA

2. Pesquisadores: Maria Sílvia Valverde de Moraes e Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann

3. Instituição onde se realiza a pesquisa: Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista – UNIFESP-BS, Prefeitura Municipal de Cubatão e Prefeitura Municipal de Guarujá.

4. Avaliação do Risco da Pesquisa: Risco mínimo, devido às perguntas, de maneira não intencional, poderem constranger o participante da pesquisa. Tal risco pode e deve ser manejado pelo pesquisador.

5. Duração da Pesquisa: Aproximadamente 1 ano

III- Registro das explicações do Pesquisador ao entrevistado sobre a pesquisa:

O senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “O PROCESSO DE REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DO TRABALHADOR DE SAÚDE: (DES)ENCONTROS ENTRE QUEM SOLICITA E QUEM REGULA”. O propósito desta pesquisa é identificar como ocorrem os processos de regulação de vagas hospitalares no seu município, dando voz aos trabalhadores da área quanto aos diferentes contextos interpessoais para o desenvolvimento do serviço e os processos de trabalho. Pedimos sua autorização para gravar sua entrevista com o objetivo de facilitar o registro das informações. Sua participação não é obrigatória, seus dados de identificação permanecerão anônimos, garantindo o sigilo de sua participação e, além disso,

Rubrica

Página 2 de 3

caso queira desistir de participar, poderá fazer isso em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Os materiais desse registro serão de uso restrito e exclusivo desta pesquisa, além disso, tal material ficará sob guarda dos pesquisadores e não será acessível a terceiros, sendo destruídos após cinco anos. Os riscos de participar deste estudo são mínimos, pois envolvem discussões sobre seu caso, mas cuidaremos para que todas as medidas de preservação do sigilo profissional sejam realizadas. A participação neste estudo não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes. Suas respostas, junto com as de outros participantes poderão contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho da equipe de saúde, sendo divulgados em encontros científicos e publicação em revistas especializadas. Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável pela pesquisa.

IV- Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias dos participantes da pesquisa

1. Não há riscos para minha saúde resultantes da participação na pesquisa.
1. Liberdade para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo, sem penalidades e sem prejuízo na instituição onde foi realizada a pesquisa.
2. Terá a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas a meu contento depois de encerrada a entrevista.
3. Salvaguarda de confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. Não haverá remuneração, nem o participante assumirá quaisquer custos para participação nesta pesquisa.

V- Informações de nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa para contato em caso de quaisquer esclarecimentos:

Pesquisador Executante: Maria Sílvia Valverde de Moraes

Pesquisadora Responsável: Profa. Dra. Karina Franco Zihlmann.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – Campus São Paulo: Rua Botucatu, 740, 4º andar, Vila Clementino, São Paulo – SP. CEP: 04023-062. Fone: (11) 6676-4966.

Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP: Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55

Cep: 04020-050. São Paulo – SP. O e-mail é: cep@unifesp.edu.br

Tel: 55 (11) 5571-1062 / fax: 55 (11) 5539-7162.

Horário de atendimento: das 9:00 às 13:00hs

Rubrica

Página 3

VI- Consentimento Livre e Esclarecido:

Declaro que fui suficientemente informado sobre as informações a respeito da pesquisa, as quais descrevem o estudo. Eu conversei com _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram esclarecidos os objetivos, finalidades, riscos e garantias de sigilo e a possibilidade de esclarecer dúvidas antes, durante e depois do questionário desta pesquisa. Concordo em participar voluntariamente do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas em arquivos de áudio digitais. Os Aspectos Éticos desse projeto serão preservados de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Declaro que recebi uma via desse termo.

Santos, _____ de _____ de 20__.

Nome por extenso:

Assinatura do participante:

Declaro que obtive de forma adequada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome por extenso:

Assinatura do Pesquisador que obteve o TCLE

Nome por extenso:

Assinatura do Pesquisador responsável pela pesquisa

ANEXO II - ROTEIRO TEMÁTICO DA ENTREVISTA INDIVIDUAL

Dados sociodemográficos

- 1.Nome
- 2.Sexo/gênero
- 3.Idade
- 4.Profissão
- 5.Tempo de formado
- 6.Tempo laboral no setor pesquisado
- 7.Carga horária
8. Escolaridade
9. Estado civil
10. Filhos (número e idades)

Roteiro temático sobre a Regulação de Vagas Hospitalares

1. Essa é a sua primeira experiência com a Regulação de vagas hospitalares?
2. Você possui outro vínculo que não seja nessa área? Onde?
3. Você fez alguma preparação, formação para ingressar neste setor?
4. Caso tenha realizado, foi um pré-requisito?
5. As portarias que regulamentam a regulação lhe foram apresentadas?
6. Como você aprendeu a rotina deste trabalho?
7. O modo de funcionamento do setor é divulgado para a rede? Como?
8. Existem protocolos e fluxos na sua unidade?
9. Em suas atividades, você usa quais ferramentas de trabalho? São fidedignas?
10. Caso use mais de uma, essas ferramentas são interligadas?
11. Os serviços são interligados na Baixada Santista? Como funciona a rede no que concerne ao processo de regulação?
12. Qual o relacionamento do seu serviço com os outros Municípios?
13. Qual a representação da Regulação Regional no seu trabalho?
14. Você recebe pacientes de outros municípios? Como isso ocorre e o que você pensa sobre isso?
15. Quais as dificuldades e facilidades inerentes à Regulação de vagas Hospitalares?
16. Você tem conhecimento de como era o funcionamento da regulação de vagas hospitalares antes de existir esse setor?

17. Em sua percepção, quais foram os ganhos do serviço?
18. Como funciona a comunicação com o solicitante?
19. Quais as percepções e demandas do solicitante? Quais suas dificuldades?
20. Os solicitantes possuem com frequência algum tipo de treinamento?
21. Você possui alguma experiência como solicitante?
22. A demanda é maior que a oferta? Como você lida com isso?
23. Existe algum tipo de contrarreferência?
24. Você já teve algum tipo de interferência externa/interna que altere o andamento ou prejudique o seu trabalho?
25. São realizadas revisões avaliativas de processos?
26. Os dados do serviço são divulgados para a rede?
27. Quais suas necessidades de formação para atuar melhor na área?
28. Gostaria de fazer mais algum comentário ou sugestão além do que foi abordado nesse encontro?

ANEXO III- AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA NO MUNICÍPIO DE SANTOS

SECRETARIA DE SAÚDE
GAB-SMS
COFORM-SMS
CAAPP-SMS

Santos, 29 de Julho de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e Projetos de Extensão – CAAPP-SMS, concorda que a pesquisadora **Profª Drª Karina Franco Zihlmann**, responsável pela aluna **Maria Silvia Valverde de Moraes**, realize a pesquisa intitulada **“O processo de regulação de vagas hospitalares como dispositivo de cuidado na perspectiva do trabalhador de saúde: (des)encontros entre quem solicita e quem regula”**, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

Eduardo Carvalho de Souza

REG. 36.590-8

Comissão de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas e Projetos de Extensão

ANEXO IV- AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA NO MUNICÍPIO DE GUARUJÁ



Prefeitura Municipal de Guarujá
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Diretoria de Regulação, Auditoria, Avaliação e Controle
DRAAC

Guarujá, 11 de janeiro de 2019.

A/C Sr Secretário de Saúde
Sr Sandro Abreu

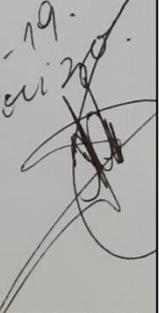
Solicito autorização para a realização de pesquisa de tese do Mestrado, com o título: “O PROCESSO DE REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DO TRABALHADOR DE SAÚDE: (DES)ENCONTROS ENTRE QUEM SOLICITA E QUEM REGULA”. A pesquisa será realizada em forma de entrevistas semi-estruturadas nas dependências da unidade, com os funcionários selecionados que concordarem com a pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O departamento de Regulação está ciente de que o projeto acima citado será desenvolvido com a parceria da pesquisadora Profa. Karina Franco Zihlmann, responsável pela aluna Maria Sílvia Valverde de Moraes, do Programa de Pós Graduação em Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Em anexo encaminho o Pré-projeto para sua apreciação.
No aguardo da autorização, para dar prosseguimento ao estudo.



Maria Sílvia Valverde de Moraes
Enfermeira
Tel: 13-997112859

*Recebido em
16-01-19.
Autorizado.*


ANEXO V- AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA NO MUNICÍPIO DE CUBATÃO

Santos, 15 de novembro de 2018.

À UNIFESP - BS

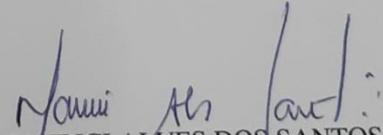
Prezados Srs,

Tomamos conhecimento da intenção da realização do projeto de pesquisa intitulado O PROCESSO DE REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DO TRABALHADOR DE SAÚDE: (DES)ENCONTROS ENTRE QUEM SOLICITA E QUEM REGULA a ser realizado por MARIA SÍLVIA VALVERDE DE MORAES que está matriculado programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde – Modalidade Profissional da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista – UNIFESP-BS, orientado pela Profa Dra Karina Zihlmann. A pesquisa proposta deverá ser realizada na Central de Regulação Hospitalar / DRACA, do Município de Cubatão, segundo fomos informados.

Comunicamos que estamos cientes e de acordo com a realização da pesquisa, que só poderá ser iniciada depois de ser devidamente avaliada pela Secretaria de Saúde Municipal- Cubatão e pelo Comitê de Ética da UNIFESP.

Sendo assim, nos manifestamos favoravelmente e ficamos no aguardo do envio dos documentos formais das instituições citadas para autorização de início da pesquisa.

Atenciosamente,


MAURICI ALVES DOS SANTOS

Diretor de Administração Hospitalar de Urgência e Emergência

Av. Nove de Abril, nº 2800

CEP: 11520 000. Cubatão-São Paulo

ANEXO VI- AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIFESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE REGULAÇÃO DE VAGAS HOSPITALARES COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO NA PERSPECTIVA DO TRABALHADOR DE SAÚDE: (DES)ENCONTROS ENTRE QUEM SOLICITA E QUEM REGULA

Pesquisador: MARIA SILVIA VALVERDE DE MORAES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08120819.9.0000.5505

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Educação e Sociedade

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.200.876

Apresentação do Projeto:

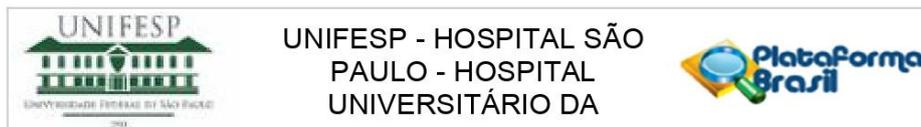
Projeto CEP/UNIFESP n:0140/2019

Trata-se de projeto de mestrado de MARIA SILVIA VALVERDE DE MORAES . Orientadora: Profa Dra Karina Franco Zihlmann; Coorientadora: Profa Dra Maria Cristina Mazzaia; Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Educação e Sociedade, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1287060.pdf, gerado em 18/2/2019)

APRESENTAÇÃO: Introdução: o processo de regulação é uma ação complexa que envolve aspectos objetivos e subjetivos, pois o profissional de saúde diante das necessidades da população pode vivenciar demandas e situações conflituosas e estressoras, o que leva à necessidade de formação contínua e fortalecimento das relações interpessoais de modo horizontal, heterogêneo e baseado nos princípios de direitos preconizados pelo SUS. Objetivos: identificar como ocorrem os processos de regulação de vagas hospitalares em três municípios da região da Baixada Santista, dando voz aos trabalhadores da área quanto aos diferentes contextos interpessoais para o desenvolvimento do serviço e os processos de trabalho. Método: tratase de uma pesquisa

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.200.876

qualitativa, prospectiva, realizada com trabalhadores do SUS do complexo regulador de vagas hospitalares. Serão realizadas nove entrevistas individuais em profundidade e analisadas pelo método de Análise de Conteúdo temática (Bardin, 2011). Todos os participantes assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que segue os preceitos da Resolução 466/12 do CNS. O projeto de pesquisa será avaliado pelos Comitês de Ética dos municípios onde será realizada a pesquisa, bem como pelo Comitê de Ética da UNIFESP.

-HIPÓTESE: O presente projeto tem como hipótese a noção de que há poucos estudos sobre como ocorrem, de fato, os processos de regulação de vagas hospitalares no contexto das cidades onde se pretende realizar o estudo. Outro aspecto é a perspectiva de que haveria divergências de formação e de expectativas dos trabalhadores envolvidos ocasionando dificuldades nas relações interpessoais entre trabalhadores e entre usuários. Espera-se que a pesquisa encontre subsídios para construção de um dispositivo técnico que possa ajudar a facilitar os processos de trabalho desse contexto.

Objetivo da Pesquisa:

-OBJETIVO PRIMÁRIO: Identificar como ocorrem os processos de regulação de vagas hospitalares em três municípios da região da Baixada Santista, dando voz aos trabalhadores da área quanto aos diferentes contextos interpessoais para o desenvolvimento do serviço e os processos de trabalho.

-OBJETIVO SECUNDÁRIO: • Identificar barreiras ou facilitadores nas relações dos trabalhadores em saúde envolvidos no processo regulador; • Identificar necessidades de formação dos trabalhadores em saúde da rede de Urgência e Emergência e do Complexo Regulador, na perspectiva dos reguladores; • Propor a construção de um produto técnico a partir da experiência da pesquisa que contemple uma proposta de formação dos profissionais que atuam nesse contexto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

-RISCOS: Risco mínimo, devido às perguntas, de maneira não intencional, poderem constranger o participante da pesquisa. Tal risco pode e deve ser gerenciado pelo pesquisador.

-BENEFÍCIOS: Suas respostas, junto com as de outros participantes poderão contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho da equipe de saúde, sendo divulgados em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.200.876

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, prospectiva,

LOCAL: hospitais nos municípios de Guarujá e Cubatão

PARTICIPANTES: participarão 9 trabalhadores da área da saúde atuantes no âmbito do SUS do complexo regulador de vagas hospitalares nos municípios de Guarujá e Cubatão.

-Critério de inclusão: farão parte da pesquisa profissionais da área de regulação de vagas hospitalares com vínculo empregatício formal, maiores de 18 anos, que atuem na área há, no mínimo, seis meses. Serão convidados a participar da pesquisa um auxiliar administrativo, um enfermeiro e um médico de cada Município.

PROCEDIMENTOS:

- A pesquisa fará uso de entrevistas semiestruturadas como instrumento, que contará com um roteiro temático (Anexo 2). A coleta de dados ocorrerá no próprio equipamento onde ocorrem os processos de regulação de cada município. As entrevistas serão gravadas com anuência explícita do participante e serão transcritas pelo pesquisador. A previsão é que as entrevistas individuais sejam realizadas no próprio equipamento de saúde, com duração de aproximadamente 50 minutos. A análise dos dados colhidos nas entrevistas será feita a partir da Análise de Conteúdo temática (Bardin, 2011).

(mais informações, ver projeto detalhado).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.

2- TCLE a ser aplicado aos participantes.

3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a)- autorização da Secretaria Municipal de Saúde do Guarujá (Pasta: outros- Submissão 2; Documento: carta_autorizacao_guaruja.pdf)

b)- autorização do Hospital (Pasta: outros- Submissão 2; Documento: carta_autorizacao_cubatão.pdf)

c)- roteiro da entrevista (Pasta: outros- Submissão 2; Documento: anexo_II_roteiro_entrevista.pdf)

Recomendações:

Sem recomendações

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.200.876

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1287060.pdf	18/02/2019 17:15:37		Aceito
Outros	cep_mariasilvia_e_karina.pdf	18/02/2019 17:15:02	MARIA SILVIA VALVERDE DE MORAES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_mariasilvia_e_karina.pdf	15/02/2019 12:52:36	MARIA SILVIA VALVERDE DE MORAES	Aceito
Outros	carta_autorizacao_guaruja.pdf	15/02/2019 12:51:45	MARIA SILVIA VALVERDE DE MORAES	Aceito
Outros	carta_autorizacao_cubatao.pdf	15/02/2019 12:51:14	MARIA SILVIA VALVERDE DE MORAES	Aceito
Outros	anexo_II_roteiro_entrevista.pdf	21/01/2019 11:04:05	MARIA SILVIA VALVERDE DE MORAES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/01/2019 11:03:47	MARIA SILVIA VALVERDE DE MORAES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo_maria_silvia.pdf	21/01/2019 11:03:35	MARIA SILVIA VALVERDE DE MORAES	Aceito

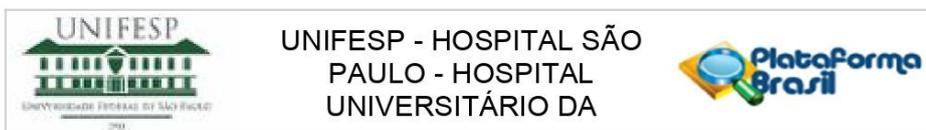
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.200.876

SAO PAULO, 15 de Março de 2019

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

ANEXO VII – PRODUTO TÉCNICO EM EDUCAÇÃO

PRINCIPAIS DADOS TÉCNICOS SOBRE O PRODUTO TÉCNICO EM EDUCAÇÃO (PTE)

1. Título do vídeo: O que você precisa saber sobre o processo de regulação de vagas hospitalares no SUS: um dispositivo de atenção e cuidado em saúde
2. Autores: Moraes, MSV; Mazzaia MC; Zihlmann, KF.
3. Tempo de duração: seis minutos.
4. Público-alvo: profissionais de saúde das diversas áreas de conhecimento e atuando em diferentes níveis de complexidade. Pode ser direcionado para diversos contextos regionais e nacionais, que adotem os procedimentos de regulação de vagas hospitalares em seus serviços de saúde.
5. Equipamentos/recursos necessários para produção: câmara do celular, tripé, computador, software de edição.
6. Participações (pessoas) no vídeo: apresentador (narração) e duas pessoas convidadas representando papéis (etapa 2).
7. Mídia de difusão do material produzido: plataforma do Youtube.
8. Roteiro do vídeo (Quadro 1)
9. Meio de acesso ao PTE: <https://www.youtube.com/watch?v=32qhiK634xU>
10. Como citar esse PTE:

Moraes, MSV; Mazzaia MC; Zihlmann, KF. O que você precisa saber sobre o processo de regulação de vagas hospitalares no SUS: um dispositivo de atenção e cuidado em saúde. Produto Técnico em Educação [Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde] – Universidade Federal de São Paulo, Santos; 2021.

RESUMO

Introdução: o processo de regulação é uma ação complexa que envolve aspectos objetivos e subjetivos, pois o profissional de saúde, diante das necessidades da população, pode ter que lidar com demandas e situações conflituosas e estressoras, o que leva à necessidade de formação contínua baseada nos princípios preconizados pelo SUS. **Objetivos:** o objetivo deste PTE é promover ampliação do conhecimento e divulgação sobre o que são e como funcionam os processos de regulação de vagas hospitalares - dando visibilidade ao trabalho em si, bem como aos trabalhadores da saúde que atuam nessa área – contribuindo para humanização das ações e protagonismo dos envolvidos. **Método:** baseado em uma pesquisa qualitativa e prospectiva realizada com trabalhadores do SUS do complexo regulador de vagas hospitalares, o presente PTE retoma os principais aspectos identificados na pesquisa de Mestrado Profissional realizada por Moraes (2021) intitulada “Regulação de vagas hospitalares: dispositivo de cuidado na perspectiva do trabalhador de saúde”. Nessa pesquisa constatou-se uma invisibilidade do trabalho realizado neste setor, além de dificuldades em ajustar a alta demanda por vagas em um cenário de pouca disponibilidade, o que favorece tensionamentos e dificuldade de comunicação entre profissionais e usuários. **Produto técnico em educação:** diante dos resultados da pesquisa de Moraes (2021) foi proposto um produto técnico de difusão na forma de um vídeo sobre o campo da regulação de vagas hospitalares. O público-alvo será os profissionais da rede de atenção em saúde, visando esclarecer dúvidas, processos e formas de comunicação facilitadoras para os processos de regulação da assistência, dando visibilidade e valorização ao serviço realizado pelo setor.

PALAVRAS-CHAVE: regulamentação governamental; regulação e fiscalização em saúde; Cuidado Integral em Saúde, produto técnico em educação (PTE).

1. APRESENTAÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO EM EDUCAÇÃO

Baseada na fala dos participantes da pesquisa de Mestrado, em contextualização com a realidade encontrada, pudemos observar que há uma relação importante com uma invisibilidade do setor de regulação, bem como uma certa “distorção” sobre as concepções do que são as ações desse setor.

Observou-se, portanto, que há necessidade de se produzir material técnico apropriado para difundir informação qualificada sobre o que é a regulação de vagas hospitalares e, como isso, de fato, se processa. Tal difusão de informação, segundo nossas observações, poderia ser dirigida, tanto à população em geral, quanto à própria equipe de saúde atuante nos diversos níveis de complexidade, pois os relatos dos participantes da pesquisa propiciaram antever que há uma invisibilidade generalizada sobre esse campo de ação em saúde, mesmo entre os profissionais que atuam na rede de atenção especializada.

Cientes disso, os autores dessa pesquisa entenderam como importante propor um produto técnico na forma de um vídeo educativo, a princípio, voltado para esclarecimento e informação para os diversos profissionais de saúde sobre o que é a regulação, seus valores e propostas e como ela funciona.

A proposta será produzir um vídeo simples e objetivo, que possa, da mesma forma, sensibilizar o público (profissionais da saúde) para a importância do campo da regulação. Inicialmente, propomos um vídeo com aproximadamente seis minutos de duração.

O vídeo produzido será disponibilizado para os serviços de saúde onde foi realizada essa pesquisa (Santos, Cubatão e Guarujá). O material também será disponibilizado em um canal do Youtube, de forma gratuita, para divulgação aberta na internet. Os pesquisadores ficarão disponíveis para os serviços de saúde que se interessarem pela temática em fazer uma palestra e, além de apresentar o vídeo, relatar os dados da pesquisa e, assim, colaborar com a difusão de informação qualificada sobre o assunto. O material também poderá ser disponibilizado para os municípios que desejarem trabalhar essa temática em oficinas de capacitação de profissionais (concursados, contratados ou residentes) em seus contextos de formação continuada.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No Brasil, a assistência à saúde, mais do que um direito constitucional, é considerada um direito da cidadania, sendo de responsabilidade do Estado e das instituições democráticas, formadas por alianças políticas. Sendo assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública construída em um contexto de dimensões políticas, tecnológicas, ideárias e sociais (Constituição, 1988).

A regulação em saúde consiste em uma das principais funções governamentais do Estado moderno. Os governos iniciaram suas atividades regulatórias antes mesmo de proporcionarem serviços de bem-estar social aos cidadãos. Ela busca definir limites entre a sociedade e o Estado, bem como entre o governo e o mercado na garantia dos direitos constitucionais. Busca critérios e decisões frente aos conflitos e à produção de hegemonias, o qual, em contextos democráticos e justos, visa estabelecer parâmetros no escopo das atividades privadas, bem como atender a demandas expressas pelos movimentos sociais. A Regulação se divide em três níveis: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da atenção à saúde e Regulação do acesso à assistência (Santos, 2008).

A Regulação do acesso à assistência, 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. Efetiva a necessidade do cidadão, por meio de atendimentos às urgências, consultas, exames, leitos e outros que se fizerem necessários, disponibilizando, no âmbito da regulação de Urgências e Emergências, em casos de internação hospitalar, os leitos referenciados na medida da gravidade/emergência das condições clínicas, da complexidade tecnológica e da resposta exigida (Brasil, 2004).

Um dos pontos principais do processo de regulação diz respeito a questão do “acesso”. Ao relacionar a regulação com os serviços de saúde, o acesso traduz-se em "porta de entrada", ou seja, é visto como o local de recepção do usuário no momento da exteriorização de sua necessidade e, de certa forma, determina quais e como serão os caminhos por ele percorridos no sistema em busca da resolução necessária. A regulação de leitos hospitalares estabelece o controle (de leitos e internações), facilitando o acesso

com definição de fluxos, ofertando a atenção integral e proporcionando por completo o processo de integração da rede (Brasil, 2004).

As Centrais de Regulação realizam a interface com as unidades solicitantes; delineiam o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS, administram e disponibilizam leitos de internação, segundo critérios preestabelecidos, avaliação clínica e protocolos que são instituídos pelo setor.

Outra questão a ser destacada é a equidade, que é um ponto de extrema importância e tem relações com a regulação da assistência à saúde, pois a mesma permite assegurar que se atinjam os objetivos sociais do sistema de saúde, equilibrando as deficiências entre oferta e demanda (Brasil, 2004).

Sabe-se que o trabalhador em saúde, em determinadas situações, se depara com estresse, dor, medo, sofrimento e, em alguns casos, com a ausência de capacitação técnica e estrutura, entre outros desafios, o que faz de alguns contextos locais de trabalho desumanizantes, tanto para quem oferece a regulação, quanto para o usuário (Campos et al., 2014).

O profissional da Regulação atua como um elo entre os serviços, sendo parte da estrutura e potencializadores do acesso e melhor resolubilidade. A boa comunicação, a expertise, o apoio do gestor, o compartilhamento de valores, ideias e vivências são facilitadores para o entendimento do papel do interlocutor nas ações cotidianas, permitindo compreender as necessidades sob óticas diferentes (Moraes, 2021).

Nesse contexto, a Educação Permanente em Saúde (EPS) estimula o questionamento da realidade atual e o desenvolvimento de propostas que levem a melhorias na prática dos profissionais. A necessidade de investimentos em EPS na área da regulação em saúde é justificada pela alta demanda de serviços de saúde no Brasil. Isso exige, de fato, o comprometimento dos profissionais, sendo necessário o estímulo para o desenvolvimento de uma assistência à saúde baseada em evidências, aliando a melhor evidência científica à melhor prática clínica possível, considerando além da sua experiência clínica individual, os valores do paciente (Silva et al., 2014).

3. OBJETIVO

O objetivo deste PTE é promover ampliação do conhecimento e divulgação sobre o que são e como funcionam os processos de regulação de vagas hospitalares - dando visibilidade ao trabalho em si, bem como aos trabalhadores da saúde que atuam nessa área – contribuindo para humanização das ações e protagonismo dos envolvidos.

4. METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DO PTE

Baseado em uma pesquisa qualitativa e prospectiva realizada com trabalhadores do SUS do complexo regulador de vagas hospitalares, o presente PTE retoma os principais aspectos identificados na pesquisa de Mestrado Profissional realizada por Moraes (2021) intitulada “Regulação de vagas hospitalares: dispositivo de cuidado na perspectiva do trabalhador de saúde”. Nessa pesquisa constatou-se uma invisibilidade do trabalho realizado neste setor, além de dificuldades em ajustar a alta demanda por vagas em um cenário de pouca disponibilidade, o que favorece tensionamentos e dificuldade de comunicação entre profissionais e usuários.

A ideia do vídeo despontou por ser uma ferramenta de fácil acesso, compreensão e multiplicação entre as pessoas (profissionais e população). Tal conteúdo poderá ser compartilhado em várias modalidades online atingindo um número importante de telespectadores.

5. RESULTADO: DESCRIÇÃO DO PTE

Diante dos resultados da pesquisa de Moraes (2021) foi proposto um produto técnico de difusão na forma de um vídeo sobre o campo da regulação de vagas hospitalares. O público-alvo será os profissionais da rede de atenção em saúde, visando esclarecer dúvidas, processos e formas de comunicação facilitadoras para os processos de regulação da assistência, dando visibilidade e valorização ao serviço realizado pelo setor.

O vídeo inicia pela apresentação do tema, seguida por um diálogo em formato de fotonovela com caixas de textos e fundo musical. A dramatização aponta alguns desencontros entre solicitante e regulador.

Após a encenação, são apresentados conceitos como:

- O que é saúde;
- O que é Regulação em Saúde;
- O que é Regulação de Acesso à Assistência;
- O que é Regulação de Vagas Hospitalares;
- Como é o funcionamento da Regulação de Vagas Hospitalares;
- O trabalhador em saúde;
- Educação Permanente em Saúde.

Segue um convite para os telespectadores indicando o conteúdo que embasa a atuação do setor em questão.

Seguem os agradecimentos e créditos da construção do vídeo.





6. RESULTADOS ESPERADOS

Diante da criação do vídeo, se espera a vasta divulgação aos serviços de saúde públicos e privados, saúde suplementar, trabalhadores atuantes da rede e estudantes da área da saúde, bem como à população em geral.

Com o material difundido, o setor de Regulação de Vagas tende a apresentar uma maior expressão e representatividade, atingindo uma maior visibilidade e entendimento sobre o tema da importância das vagas hospitalares que, por conta do cenário atual da Pandemia de Covid-19 está altamente em evidência.

QUADRO 1. PROPOSTA DE ROTEIRO DO VÍDEO PARA PRODUTO TÉCNICO EM EDUCAÇÃO (PTE)

ETAPA	RECURSO/TEMPO	AÇÃO PROPOSTA
1. Imagem inicial	Imagem gratuita (1 minuto)	Introdução do vídeo com o tema a ser explorado.
2. Pessoas conversando	Fotonovela (representação) (1 minuto)	<p>Consigna: diálogo fictício (baseado em fatos reais) de duas pessoas: uma delas solicita vagas para o setor de regulação. A outra é o regulador. O diálogo apresentará as questões e dificuldades da situação, expondo os pensamentos de cada um dos participantes, conforme discursos dos participantes da pesquisa de mestrado, narradas e escritas na tela (com balões)</p> <p>Contexto da cena: uma sala de um serviço de saúde onde se localiza o serviço de regulação de vagas hospitalares. Um homem está sentado à mesa, diante de um computador, trabalhando. O telefone toca. Ele atende e começa o seguinte diálogo:</p> <p>Roteiro do diálogo entre os personagens do vídeo:</p> <p>(Regulador) - Regulação. Bom dia.</p> <p>(Solicitante) - Bom dia. Dr Casé?</p> <p>(Regulador) - Sim. Pois não?</p> <p>(Solicitante) – Aqui é a Dra Keila. Eu inseri uma ficha no sistema e consta pedido de atualização...</p> <p>(Regulador) – Hum...</p> <p>(Solicitante) – O que acontece??? (Ela tampa o telefone e diz: “só fazem isso para atrapalhar... Pensam que eu só faço isso o dia todo...”).</p> <p>(Regulador) – Ah, tá aqui. Achei. Olha só, a ficha que você enviou está insuficiente. Não tem resultados de exames, CID, não condiz com a clínica. Fora que pede uma vaga de enfermaria para uma</p>

		<p>paciente de alta complexidade. (Ele tampa o telefone e diz “ficha pobre. Esse povo não sabe trabalhar. Onde já se viu isso? A gente vai adivinhar os dados?”</p> <p>(Solicitante) - Nossa, eu nem percebi isso. Deve ter sido o plantonista de ontem. (Ela olha para uma pessoa ao lado e diz “O quê será que aconteceu? Vai ver o plantão estava agitado demais”)</p> <p>(Regulador) – Pois é. Você coloca os dados e me reenvia, ok?</p> <p>(Solicitante) – Envio sim. Obrigada.</p> <p>(Regulador) – De naaaaada. Até logo.</p> <p>No final da cena os personagens desligam os telefones.</p> <p>A Solicitante diz “Pensa que eu fico na moleza o plantão inteiro. Queria vê-lo no meu lugar!”</p> <p>O Regulador, por sua vez, diz “Pensa que eu fico na moleza o plantão inteiro. Queria vê-lo no meu lugar!”</p>
3. Final: apresentação de aspectos teórico-práticos sobre a área	Apresentador faz fala sobre a temática (05 minutos)	<p>- Um apresentador faz uma fala sobre o que é a regulação, suas ações desenvolvidas, mostrando os ganhos inerentes ao serviço e a sua importância.</p> <p>- O apresentador fará um convite ao expectador para buscar conhecer mais sobre o assunto e indicará fontes de informações sobre contatos úteis e material técnico sobre o assunto.</p>
4. Apresentação dos créditos de produção do vídeo e agradecimentos	Imagem com dizeres Música de fundo (1minuto)	- Informações técnicas e contato dos produtores do vídeo apresentadas por escrito na tela, com música de fundo.

6. AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos participantes da pesquisa de Mestrado Profissional realizado por Moraes (2021), que propiciaram de modo espontâneo e sincero uma visão aprofundada sobre seu contexto de trabalho.

Gratidão também aos gestores dos municípios que acolheram a possibilidade da realização da pesquisa e aos atores voluntários que compõe o elenco do vídeo produzido no contexto deste Produto Técnico em Educação.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. MS/SE/DAD/Coordenação-Geral de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde/Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do SUS. Oficina sobre Avaliação de Desempenho do SUS. Relatório Final. Brasília. [Internet] 2004. [acesso em 2018 mar 8]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento%20politica.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma operacional da assistência à saúde/ SUS - NOAS-SUS 01/02. [Internet]. Brasília, DF; 2002. [acesso em 2018 mar 9]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. [Internet]. Brasília, DF; 2006. [acesso em 2018 mar 9]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0699_30_03_2006_comp.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. [Internet]. Brasília, DF; 2008. [acesso em 2020 set 9]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 729, de 14 de outubro de 2002. Estabelece os indicadores de avaliação, bem como os requisitos básicos a serem contemplados no Plano de Controle, Regulação e Avaliação da Assistência [Internet]. Brasília, DF; 2008. [acesso em 2020 set 9]. <http://www1.saude.ba.gov.br/regulasauade/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pdfs%202009/PT%20SAS%20729%2014.10.2002.pdf>

Campos JF, David HMSL, Souza NVDO. Prazer e sofrimento: avaliação de enfermeiros intensivistas à luz da psicodinâmica do trabalho. Revista Anna Nery, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p. 90-95, 2014.

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

Moraes, MSV. Regulação de vagas hospitalares: dispositivo de cuidado na perspectiva do trabalhador de saúde. Dissertação [Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde] – Universidade Federal de São Paulo, Santos; 2021.

Santos NR. Encruzilhada nos rumos do SUS: considerações. [Internet]. 2008. [acesso em 2018 mar 8]. Disponível em: <http://cebes.org.br/publicacao/encruzilhada-nos-rumos-do-sus-consideracoes-versao-marco-2008/>.

Silva CT, Terra MG, Camponogara S, Kruse MHL, Roso CC, Xavier MS. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.35, n. 3, p. 49-54, 2014.