

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA - 2008

LUZICLÉIA CAROLINA DE MOURA E SILVA

**IMPLANTAÇÃO DE COMPLEXOS REGULADORES
NO ESTADO DE PERNAMBUCO: UMA AVALIAÇÃO
A PARTIR DOS GESTORES DA SAÚDE**

RECIFE
2010

LUZICLÉIA CAROLINA DE MOURA E SILVA

**IMPLANTAÇÃO DE COMPLEXOS REGULADORES NO ESTADO DE
PERNAMBUCO: UMA AVALIAÇÃO A PARTIR DOS GESTORES DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Garibaldi Gurgel Jr.

**Recife
2010**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S586i Silva, Luzicléia Carolina de Moura e.
Implantação de complexos reguladores no estado de Pernambuco: uma avaliação a partir dos gestores da saúde / Luzicléia Carolina de Moura e Silva. — Recife: L. C. de M. e Silva, 2010.

58 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Junior.

1. Regulação e Fiscalização em Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde). 4. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. I. Gurgel Junior, Garibaldi Dantas. II. Título.

CDU 614.39

LUZICLÉIA CAROLINA DE MOURA E SILVA

**IMPLANTAÇÃO DE COMPLEXOS REGULADORES NO ESTADO DE
PERNAMBUCO: UMA AVALIAÇÃO A PARTIR DOS GESTORES DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em _____ de _____ de 2010.

Banca Examinadora:

Professor Doutor Garibaldi Dantas Gurgel Júnior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

Professora Doutora Adriana Falângola Benjamim Bezerra
Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de
Pernambuco - UFPE

Professor Doutor Sidney Feitoza Farias
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ

**Dedico este trabalho a todas as Marias e a todos os Josés,
Personagens brasileiros da construção cotidiana desse país,
A quem não é permitida, muitas vezes, ter uma parte no
Latifúndio!**

Em nome desse povo, do nosso povo um pouco de B. Brecht!

De Que Serve A Bondade?

*De que serve a bondade
Se os bons são imediatamente liquidados, ou são liquidados
Aqueles para os quais eles são bons?
De que serve a liberdade
Se os livres têm que viver entre os não-livres?
De que serve a razão
Se somente a desrazão consegue o alimento de que todos necessitam?
Em vez de serem apenas bons, esforcem-se
Para criar um estado de coisas que torne possível a bondade
Ou melhor: que a torne supérflua!
Em vez de serem apenas livres, esforcem-se
Para criar um estado de coisas que liberte a todos
E também o amor à liberdade
Torne supérfluo!
Em vez de serem apenas razoáveis, esforcem-se
Para criar um estado de coisas que torne a desrazão de um indivíduo:
Um mau negócio.*

AGRADECIMENTOS

Tarefa difícil esta, não só por correr o risco do esquecimento nominal e, por isso, ser injusta, mas pelo fato de ter a completa certeza de que todos os convívios e relações da vida profissional, pessoal e acadêmica cooperaram para chegar até aqui. Contudo, como diz o ditado, quem tem medo de se molhar não sai na chuva e como na chuva já estou, deixo o registro de agradecimento.

Primeiro e sempre será primeiro, a essa energia divina que creio existir e que orienta a grande orquestra do cosmos e do universo por onde bailam nossas vidas...

A minha família, chamada de sangue, onde tenho o porto seguro de minha maternidade querida e companheira, que, com todos seus limites e potencialidades, ensinaram-me a sempre olhar para o alto e adiante sem nunca perder a percepção daquilo e daqueles que me cercam.

A minha família escolhida, onde repousam meus amigos, aos quais tenho imenso apreço pela forma que sempre me acolheram. Do modo deles, sempre me passaram seu afeto e contribuíram com a construção de meu caminho. Entre tantos, com certeza os demais entenderão porque farei essa citação, cito Patrícia, nossa *Paty Girl*, pelo apoio incondicional e fraterno de tantos momentos nessa minha estrada...

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, na pessoa do professor Wayner Souza, que, investido das possibilidades permitidas pelo limite institucional, cooperou para minha progressão nesse programa de mestrado.

Ao professor Garibaldi Gurgel, pelo apoio e aceite ao desafio do caminho incerto de me ter sob sua orientação acadêmica.

Ao serviço da biblioteca do CPqAM, em especial, à Mácia Saturnino, pela inestimável presteza de me atender, de me lembrar os prazos, de achar as referências, tanta coisa, muito obrigada Márcia!

Aos colegas de turma, juntos passamos por diversos momentos... A galera do fundão é a melhor!!! A prata da casa... Sem falar nos momentos bosqueadores...

À Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, pela iniciativa de promover um investimento desse porte para os trabalhadores do SUS, independente de onde estivessem e que espaço ocupassem nesse infinito sistema!

A Alberto Lima, à época, meu chefe, que não hesitou em qualquer momento em me dá anuência para participar do processo seletivo do programa de mestrado e pelo apoio.

A Tiago Feitosa, pela oportunidade de me aproximar desse caminho pedregoso, mas instigante, que é a gestão do SUS.

Aos meus entrevistados, bravos guerreiros da construção do SUS em PE e no Brasil.

Ao meu chefe direto atual, Cláudio Brasil, a quem, com certeza, deverei eternamente pela oportunidade de concluir esse ciclo acadêmico, depositou em mim toda sua confiança, apostou na formação contínua e necessária dos trabalhadores do SUS.

À Diretora do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde, espaço onde, hoje, atuo profissionalmente, Cleusa Bernardo, pelo apoio, compreensão e permissão para continuar no programa do mestrado.

Aos meus atuais colegas de trabalho, que entendem minhas ausências, e contribuem com a labuta cotidiana.

Ao Sistema Único de Saúde, pela utopia que o constitui e que nos permite caminhar na busca dessa sua (e)terna construção, sem deixar esfriar ou amolecer nosso espírito de luta, militância constante!

Ao povo brasileiro, pela sua generosidade e bravura com as quais persegue idéias, ideais e conquistas, que alguns podem até considerar tímidas, mas que são consoantes com a noção de civismo e civilidade que temos e não descansa de sempre progredir e avançar na construção de uma nação...

SILVA, Luzicléia Carolina de Moura e. Implantação de Complexos Reguladores no estado de Pernambuco: uma avaliação a partir dos gestores da saúde. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

A Constituição Brasileira de 1988 refletiu, no campo da saúde, os resultados de uma política de Bem-Estar Social com a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS. O SUS tem princípios e diretrizes basilares de igualdade do acesso, universalidade e integralidade como pressupostos, que exigem da administração pública compromissos e o constante exercício de alinhar financiamento, capacidade gestora e garantia dos direitos cidadãos. Para auxiliar nesse processo, a adoção de mecanismos e instrumentos de gestão, que consigam conciliar a oferta de serviços de saúde à população à demanda é uma estratégia importante. Em 2008, no Brasil, foi institucionalizada a Política Nacional de Regulação que induziu a formação de complexos reguladores como estruturas mediadoras da relação oferta e demanda pelos serviços de saúde. Esse trabalho buscou avaliar a implantação/implementação dos complexos reguladores em Pernambuco como parte dessa política. Trata-se de um estudo de caso com triangulação de fontes de dados para aprofundar a análise. Foram utilizados como instrumentos de coleta a busca de documentos oficiais e entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas foram aplicadas a informantes-chaves que ocuparam cargos estratégicos da gestão desse campo. A análise foi feita pela técnica da redução de dados, através da categorização emergente do material analisado. As categorias foram distribuídas num plano de análise com três agregados que trataram da concepção de regulação em saúde e de complexo regulador, dos processos de tomada de decisão e implantação. Conclui-se que persiste no estado uma ação centralizada da Secretaria de Saúde Estadual, com baixa participação dos municípios no processo decisório, espaço de gestão da CIB fragilizado e descapitalizado de poder gestor e a consequência inevitável da condução da política de regulação, com a implantação/implementação de complexos reguladores, no Estado de Pernambuco, distante do que normatizam as portarias do Ministério da Saúde, no tocante à concretização das ações reguladoras que potencialmente beneficiariam a população usuária do SUS.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde. Política de Saúde. Avaliação em Saúde.

SILVA, Luzicléia Carolina de Moura e. Implantation of Regulatory Complexes in the state of Pernambuco: a evaluation based on health managers. 2010. Dissertation (Master Degree in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

With the institution of the Unified Health System - SUS, the Brazilian Constitution of 1988 reflected in the health field, the results of a policy of social welfare. The SUS has principles and basic guidelines of equal access, universality and integrality as assumptions that require commitments of public administration and the continued exercise of aligning funding, capacity management and guarantee of civil rights. In other to aid in this process, the adoption of mechanisms and management tools, which can reconcile the provision of health services to the population to demand, is an important strategy. In 2008, in Brazil, was institutionalized the Política Nacional de Regulação that induced the formation of complex regulatory structures as mediators of the relationship between supply and demand for health services. This study evaluated the implantation/implementation of regulatory complexes in state of Pernambuco as part of this policy. This is a case study with triangulation of data sources for further analysis. Were used as instruments of collect the search of official documents and semi-structured interviews. The interviews were applied to key informants who occupied strategic positions of management in this field. The analysis was performed using data reduction, through the emerging categorization of the material analyzed. The categories were assigned into a plan of analysis with three clusters which dealt with the concept of health regulation and regulatory complex, processes of decision making and implementation. We conclude that, in the state, remains a central action of the State Health Department, with low participation of municipalities in the decision making, space management of Bipartite Commission – CIB undermined and decapitalized power manager and the inevitable consequence of the conduct of regulatory policy, with the implementation of complex regulators, in Pernambuco State, away from the ordinances that regulate the Ministry of Health regarding the implementation of regulatory actions that would potentially benefit the users of SUS.

Keywords: Unified Health System. Health Policy. Health Evaluation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APAC - AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DE ALTO CUSTO;

CAPS - CAIXA DE APOSENTADORIA E PENSÃO;

CIB - COMISSÃO INTERGESTORA TRIPERTITE;

CIB/PE - COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE DE PERNAMBUCO;

COSEMS/PE - CONSELHO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE PERNAMBUCO;

CF/88 - CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988;

DRAC - DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE DE SISTEMAS;

GM - GABINETE DO MINISTRO;

GERE - GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE;

INAMPS - INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E PREVIDÊNCIA SOCIAL;

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE;

NOB 01/96 - NORMA OPERACIONAL BÁSICA 01 DE 1996;

NOAS 01/02 - NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE 01 DE 2002;

PDR - PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO;

PDI - PLANO DIRETOR DE INVESTIMENTO;

PNR - POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO;

PAC - PROGRAMA DE ACELERAÇÃO DO CRESCIMENTO;

PPI - PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA;

SAS - SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE;

SES/PE - SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO;

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE;

TFD - TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO;

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 O estado como regulador e a regulação em saúde	16
2.2 O sus, as medidas descentralizadoras, a universalidade do acesso e a integralidade do cuidado	18
2.3 A regulação em saúde no Brasil e no estado de Pernambuco	24
3. OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo geral	31
3.2 Objetivos específicos	31
4. METODOLOGIA	34
4.1 Área de estudo	34
4.2 Desenho de estudo	34
4.3 Unidades de Análise	34
4.4 Período de estudo	34
4.5 Métodos de coleta de dados	35
4.6 Processamento e análise dos dados	35
4.7 Considerações éticas	36
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
5.1 Agregado I	37
5.1.1 Da concepção de regulação em saúde e de complexos reguladores	37
5.1.1.1 <i>Categorias da concepção de regulação em saúde</i>	38
5.1.1.2 <i>Categorias da concepção de complexos reguladores</i>	40
5.2 Agregado II	42
5.2.1 Do processo de tomada de decisão	42
5.3 Agregado III	47
5.3.1 Da implantação dos complexos reguladores	47
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	54
APÊNDICE A – Roteiro Semi-Estruturado	57

APRESENTAÇÃO

Esse estudo é dedicado a observar uma das facetas de uma política pública, a implantação/implementação dos complexos reguladores no Sistema Único de Saúde, sob a perspectiva da pesquisa social. Nesse caso, a análise do SUS pelo ângulo da regulação em saúde, como um novo campo da gestão que ganhou destaque nos últimos anos, é um dos aspectos mais instigantes desse trabalho.

Atendendo a um dos objetivos deste curso, realizar estudos de avaliação em saúde e pela ligação pessoal com o campo da regulação, anteriormente trabalhando na gestão municipal e hoje no nível federal do SUS, dedico-me, especialmente, à investigação qualitativa do ponto de vista dos atores estratégicos (gestores da saúde, das diversas esferas de gestão, do campo da regulação em saúde) envolvidos no processo, para entender como se deu a implantação/implementação dos complexos reguladores no Estado de Pernambuco.

Tarefa densa, desafiadora, pelo limite temporal, pelas mudanças pessoais, que podem, a depender do referencial, ter sido um limite ou uma potencialidade. Era, para mim, que agora vivo no cenário federal, um dever profissional e cidadão, com o meu Estado e com o Município do Recife, retornar-lhes uma análise sobre a regulação no SUS em Pernambuco, que possa plantar a semente da dúvida e motivar não só a eles, mas também ao gestor federal, a repensar a forma de condução dessa política, nesse nosso contexto misto de proteção e desproteção social.

A regulação em saúde, da forma que surge e da forma que tem sido implementada, tem, na minha visão, que ser orientada para o fortalecimento e a consolidação do SUS. Esse é meu maior empreendimento, trabalhar nesse sistema, no espaço que estiver, pela sua manutenção, viabilidade e consolidação. Defendê-lo por entendê-lo como conquista social, resgate da cidadania e patrimônio do povo brasileiro é o meu dever.

1 INTRODUÇÃO

O estado de bem estar, na maioria das economias capitalistas do pós-guerra, permitiu a expansão de políticas de corte social, que amenizam tensões e ampliam as responsabilidades sociais desse estado, resultando em políticas de proteção social, Draibe e Henrique (1988). No Brasil, o resultado gradual dessa política foi a Constituição de 1988.

A constituição, dita cidadã, marca o momento de redemocratização do país com a destituição do regime militar e a retomada das eleições diretas. Reflexo das disputas dos governos locais por mais autonomia política e financeira, terá, inevitavelmente, em seus escritos os traços da descentralização, com forte viés da descentralização financeira (VIANNA; LIMA; OLIVEIRA, 2002).

No cenário de disputas e construção da nova constituição, no campo da saúde, houve um forte protagonismo de um movimento que disputou, junto à assembléia constituinte, as bases do novo modelo de saúde para o país, o Sistema Único de Saúde – SUS.

Segundo Escorel (1995), o movimento sanitário (formado por uma articulação entre pessoas, partidos, grupos, instituições, academia) desenvolvia projetos alternativos com novas abordagens sobre o sistema de saúde brasileiro e foi fundamental para a transformação do setor saúde no Brasil, com a Reforma Sanitária Brasileira e a conquista do SUS.

Assim, a Constituição Federal de 1988 (CF 88) – traz para a agenda do poder executivo um compromisso, uma responsabilidade desafiadora para se cumprir a lei trazendo um conceito ampliado de saúde, inscrevendo-a como direito, dever do Estado e questão de cidadania. Os artigos de 196 aos 200 trarão o arcabouço jurídico-constitucional que se desdobrarão em uma série de leis regulamentadoras com o compromisso de efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL, 1988).

A CF – 88, (BRASIL, 1988), traz como princípios doutrinários do SUS a integralidade, a equidade e a universalidade, todos desafiadores para os gestores do sistema

comprometidos com sua concretização. A universalidade do acesso, a integralidade, o financiamento e a capacidade de gestão, em particular, têm mostrado importantes obstáculos a sua concretização e tem exigido dos três níveis de gestão a formulação de instrumentos e ferramentas que melhore a gerência do sistema.

No mesmo texto, ela aponta no artigo 197 que cabe ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua **regulamentação**, fiscalização e **controle**, funções estas ligadas ao ato de regular, objeto desse estudo.

Mas será com a Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96) e com a Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS 01/2002), que a regulação em saúde aparecerá com maior contundência no aparato normativo do SUS e, em 2008, terá um marco em sua constituição e definição de prática com a edição da Política Nacional de Regulação (PNR).

O cenário jurídico sanitário brasileiro, com a consagração do Sistema Único de Saúde (SUS), tem avançado no sentido de instituir legislações responsáveis por ratificar a saúde como bem público. Assim, desde 1996 com a edição da NOB 01/96 até a Política Nacional de Regulação, vamos ter contribuições mais enfáticas para o desenvolvimento de uma lógica de regulação no cenário nacional.

A regulação trabalhará, portanto, com pressupostos básicos do sistema (universalidade e equidade do acesso, integralidade, regionalização) e pontos cruciais de sua implementação (financiamento e capacidade de gestão), que serão vistos a seguir. Isso por si já aponta o desafio da agenda desse campo da saúde.

Entretanto, para além do problema crônico do financiamento, alcançar a universalidade e integralidade no SUS requer, também, o aumento da capacidade política dos atores sociais envolvidos na consolidação e implementação desse sistema, com a adoção de mecanismos e instrumentos de gestão que adéquiem a oferta à demanda por serviços, esse é um problema ainda mais complexo que a simples alocação de novos recursos financeiros.

Garantir o acesso universal e integral aos serviços de saúde, viabilizar essa garantia de acesso num cenário, já esperado, de mudança com a universalização, de descompasso entre a oferta e a demanda por serviços de saúde, onde diversos princípios/conceitos são difíceis de

construir, de operar e podem estar desconectados do mundo real têm sido uma equação complexa para os gestores do SUS.

A regulação do SUS surge, então, como importante ferramenta de gestão responsável por mediar essa nova oferta e demanda, promovendo dentro da regulação assistencial a regulação do acesso no sentido de cumprir com um sistema baseado na universalidade e na integralidade, possibilitando a conexão e articulação dos serviços caracterizando uma verdadeira rede de atenção.

Em 2008, o Ministério da Saúde, formalmente, instituiu a Política Nacional de Regulação (PNR) pública do SUS, por meio da portaria ministerial número 1.559 de 01/08/2008, fomentando a formação de complexos reguladores da assistência em nível nacional e orientando sua implantação em todas as unidades federadas, respeitando as três esferas de gestão do SUS, como um instrumento viabilizador da plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

Nesse meio, cabe-nos tentar entender se os complexos reguladores, em Pernambuco, estão cumprindo com o papel de regular a assistência e o acesso da população usuária do SUS no estado.

Assim, esse estudo buscou na avaliação uma ferramenta importante que auxiliasse na construção desse entendimento. Além de se criar políticas públicas, que minimizem as iniquidades, também é importante avaliá-las.

A avaliação está implicada com a construção de saberes que preencham as lacunas do conhecimento e se traduz numa ferramenta importante para gestão no auxílio da tomada de decisão. Cohen e Franco (1998) trazem que, num cenário de escassez de recursos e grandes desigualdades sociais, as políticas devem ser mais racionais, fundamentadas em análises de êxitos e fracassos passados que possibilitem comparar e escolher a melhor decisão a ser tomada e nesse processo a avaliação de projetos sociais exerce um papel central.

Esse estudo justifica-se pela pertinente necessidade da gestão estadual de saúde, bem como da nacional, de acompanhar e analisar a implantação/implementação de complexos reguladores ativos, capazes, dotados de resolubilidade, fortalecedores da gestão local do

sistema, superando qualquer possibilidade de desassistência e garantindo a melhor e mais oportuna alternativa assistencial ao cidadão pernambucano.

Pernambuco apresenta onze Gerências Regionais de Saúde (GERES), com uma rede de atenção complexa distribuída entre os diversos níveis de atenção da saúde. Embora o pacto de gestão tenha trazido a prerrogativa de que todos os municípios são plenos do sistema, seu território apresenta dupla gestão. Em muitos municípios o nível de atenção secundário, a maior parte do parque hospitalar componente do nível terciário da atenção, a alta complexidade e a regulação de leitos hospitalares estão sob gestão estadual, enquanto a rede básica e, para alguns municípios, os serviços de média complexidade estão sob gestão municipal.

Essa situação, ainda, configura obstáculos ao estabelecimento do acesso universal e de uma linha de cuidado não fragmentada, integral que dê conta de suprir as necessidades imediatas do cidadão, de forma oportuna e racional.

O estado apresenta diversas diferenças regionais, que precisam ser consideradas para que a assistência à saúde seja integral, equânime, resolutiva e a gestão eficiente. Isso implica a adoção de estratégias que tentem resolver ou minimizar as iniquidades criadas. A regulação da saúde é um fomento potente e importante para auxiliar este enfrentamento, necessariamente, intersetorial.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O estado como regulador e a regulação em saúde

Os Estados nacionais são formas constitutivas do modo de regulação, conforme aponta-nos Arienti (2003), a ação reguladora desses estados constitui-se na criação de normas, instituições, organizações e padronizações capazes de manter uma determinada ordem social, dar sustentabilidade a um sistema e permitir a replicação do mesmo.

A regulação, para Santos e Merhy (2006), seria uma conjunção de mecanismos que viabilizam a reprodução do sistema e pode ser entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução. Esses autores também fazem distinção entre regulação e regulamentação. A regulação é entendida como a “intencionalidade do ator ao exercer a sua capacidade, o seu poder instituído ou em disputa”. A regulamentação, como o ato de instituir em regras essa mesma intencionalidade.

Santos e Mehry (2006) afirmam que o processo de regulação na saúde é entendido como a intervenção de uma terceira parte na relação entre a demanda do usuário e a prestação do serviço de saúde. Esses autores avançam no sentido de dizer que a regulação na saúde além de regulamentar também direciona e formata a assistência à saúde.

Castro (2002) colabora para justificar a necessidade da intervenção do Estado no campo da saúde pela existência das falhas de mercado. As leis do mercado baseadas na livre concorrência, não cabem na saúde, são insuficientes de poder regulatório, não conseguem garantir um ambiente de perfeitas condições de competição. Nesse campo, a relação de livre competição traçada pelas leis da oferta e demanda sofre alterações, múltiplos fatores intervêm na construção da demanda por serviços de saúde, na idéia de necessidade desses serviços e como eles são ofertados.

Por isso, não se pode aplicar a pura lógica de se induzir demanda a partir da oferta ou de se ofertar a partir da demanda. Existem fatores ligados ao financiamento, compra de serviços e distribuição de recursos que induzem um padrão de oferta, que não necessariamente partem da demanda. O estado entra, portanto, como um agente regulador natural para o campo da saúde.

A Organização Pan-Americana de Saúde (2006) aponta que a regulação, de forma mais genérica, teve diversos objetos e que a ação sobre eles nem sempre se deu de forma articulada, muitas vezes confundiram-se ou se sobrepuseram. Assim, tivemos:

- As ações de **controle e avaliação** - controlou a execução das ações diretas de saúde;
- As ações de **auditoria** – focou na execução orçamentária;
- As ações de **vigilância sanitária** – fiscalizou a produção e a comercialização de serviços e produtos de interesse à saúde;
- As ações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – **ANS** – com regulação do sistema de saúde suplementar.

Diante de tanta amplitude, diversidade de conceitos e dificuldades nessa construção, o estudo traz e admite o ponto de vista de Magalhães Jr (2006) que versa sobre a polissemia desse tema:

O termo regulação tem sido utilizado no âmbito da saúde com um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando relacionado a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, mesmo nos majoritariamente públicos, não sendo apenas uma função de regulação mais clássica das relações de mercado na saúde, como uma das maneiras de correção das chamadas imperfeições de mercado. Pela diversidade dos sistemas de saúde e abrangência da função de Estado na saúde, o termo assume claramente uma característica polissêmica. Magalhães Jr (2006).

Mesmo percebendo a complexidade do tema e do ambiente polissêmico que opera o conceito de regulação, o estudo busca em Santos (2006) a operacionalidade da conceituação do campo da regulação para a saúde. Esse autor observa que o processo regulatório pode se dá tanto do ponto de vista do acesso das pessoas (microrregulação), quanto na definição dos aspectos das políticas mais gerais (macrorregulação).

Santos (2006) também afirma que a microrregulação ou regulação assistencial traduziria o cotidiano da operação do sistema, das regras estabelecidas na macrorregulação,

consiste em articular e conjugar as respostas potenciais do sistema para o conjunto dinâmico das demandas das populações, operacionalizando o acesso aos serviços.

Assim, todo aspecto ligado à cadeia produtiva de serviços – demanda (necessidade como ligação inevitável), oferta, processo de produção e distribuição – pode sofrer intervenções condutoras de como se produz, oferta-se, distribui-se e se consome os serviços. Portanto, segue a uma lógica ordenadora e organizacional. Essa lógica pode ser aplicada ao campo da saúde e tem ligação com o ato de regular.

Se é admitido como ato de regular a ordenação e a organização da cadeia produtiva de serviços, pode-se, então, admitir na saúde o poder de modelar da regulação, de configurar um modelo assistencial já que este diz respeito à forma como as ações de atenção à saúde estão organizadas dentro de uma sociedade. E o modelo assistencial brasileiro, preconizado constitucionalmente, tem diretrizes basilares estruturantes e intervenientes que trazem repercussão na regulação em saúde. A descentralização, a universalidade e a integralidade são destacadas a seguir nesta pesquisa.

2.2 O SUS, as medidas descentralizadoras, a universalidade do acesso e a integralidade do cuidado

O estudo centra-se em três pontos importantes e desafiadores da agenda da regulação pública do sistema de saúde, quando da conquista do SUS pelo povo brasileiro: a universalidade do acesso e sua estreita relação com a equidade; a descentralização como uma medida democratizante, importante indicador da autonomia local; a integralidade do cuidado que carreará consigo o inseparável aspecto da relação demanda x oferta x necessidade de saúde.

Começaremos pela descentralização pelo aspecto estruturante para a política pública brasileira, nesse caso o SUS, seguida dos apontamentos da universalização do acesso e seu reflexo no sistema e pela noção de integralidade do cuidado importante ao estabelecimento de

uma rede de atenção que acompanhe o usuário de uma forma não fragmentada, que aparecerão juntas pelo desafio para gestão em consagrar um atendimento para todos, de acordo com a necessidade de todos e de forma integral.

a) O SUS e as medidas descentralizadoras

Como já dito por Draibe e Henrique (1988), o estudo, também é reforçado agora, pela visão de Abrucio (2002) com a idéia da intervenção estatal no pós-guerra. Esse autor aponta o avanço da política do *welfare state* com a expansão da abrangência do estado centralizador com programas sociais. Assim como, apontará que esse ciclo do sistema entrará na ineficiência e crise fiscal que refletirá para a necessidade da descentralização como uma saída **racionalizadora**.

Aliado ao fator de crise do estado de bem-estar, Abrucio (2002) também nos diz que a descentralização no Brasil vem de um legado fruto dos primeiros passos da redemocratização do país – a eleição de governadores em 1982 – e que é determinante numa característica municipalista, de concepção compartimentada na relação entre os níveis de governo, defensiva e pouco cooperativa.

O federalismo, no Brasil, está na realidade da política pública do Estado contemporâneo:

[...] complexa, caracterizada por intensas negociações, conflitos e cooperação, além da participação de diferentes atores e níveis de governo, dotados de variados tipos de legitimação, empregando recursos diversos, o que justifica a permanente necessidade de criação de estruturas dedicadas à relação centro/periferia, como instrumentos da diplomacia intergovernamental, sem o que dificilmente implantar-se-iam políticas e programas públicos com algum grau de eficiência, Viana; Lima; Oliveira (2002).

Viana, Lima e Oliveira (2002), que trouxeram a visão acima, citam que, nesse contexto, o frágil federalismo brasileiro dos anos 90, de flexibilidade institucional, é marcado pelo modelo vigente de baixo mecanismo cooperativo, chamado de federalismo predatório.

Associado ao fator macro-estrutural do estado regulador com a necessidade da intervenção estatal, exógeno, Menezes (2005) aponta que fatores internos também pressionaram o país para uma readequação da agenda pública. O desgaste institucional do estado brasileiro, a busca pela redemocratização do país e a urbanização acelerada vão exigir políticas sociais de inclusão e medidas descentralizadoras no novo cenário político brasileiro.

Assim, a descentralização aparece no Brasil com a falência do autoritarismo, junto às medidas democratizantes, com forte viés da descentralização financeira, a partir da pressão dos governadores, que gradualmente protagonizam o espaço político nacional. Viana, Lima e Oliveira (2002) apontam também que o período do autoritarismo não desaparece com a emergência da democracia, há uma oscilação no federalismo brasileiro, a cultura institucional vigora com traços da cultura autoritária anterior e da democrática recente. Esse comportamento pode explicitar um pouco da manutenção arcaica da nossa cultura institucional.

É nesse contexto que o SUS é forjado, o de desmantelo de um estado central capaz de manter uma coordenação geral e alinhamento político do sistema e de imprimir medidas minimizadoras das diversidades dos regionalismos. O reflexo direto dessa descentralização com a idéia da quebra do estado unitário, do municipalismo não cooperativo, é o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, com acentuadas diferenças regionais, que antes de promoverem uma gestão compartilhada do sistema entre os diversos níveis de governo, competirão entre si pela transferência de recursos políticos e financeiros.

b) O SUS, a universalidade e a integralidade.

Nesse grande projeto inclusor que foi a CF – 88 e o SUS, a **universalização** aparece como característica importante e marcante da pauta de um projeto de cidadania e de reflexo de um estado interventor e protetor, a assistência à saúde, antes prestada aos trabalhadores formais, passa a ser prestada a todos os brasileiros sem distinção.

O atendimento universal não aconteceu, evidentemente, de uma hora para outra, passou por um processo gradual de absorção de novas camadas da população beneficiárias do sistema previdenciário como refere Locks (2002) e evidenciou uma realidade, que necessita de um severo enfrentamento, que é a difícil equação de garantir o acesso universal sem o financiamento devido e com uma rede de serviços com déficits estruturais.

Costa (2002) diz que o financiamento federal da saúde ficou o mesmo praticamente. Os usuários são todos os cidadãos, mas o financiador é a seguridade social, cuja principal fonte mantenedora deriva da população economicamente ativa.

A **integralidade**, por sua vez, tão cara à construção do SUS, é constantemente desafiada nessas circunstâncias, pois como refere Pinheiro (2006), a integralidade tem uma característica dinâmica, e pode ser assumida como sendo: “ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, na qual aspectos objetivos e subjetivos do indivíduo são considerados”.

O acesso do usuário ao SUS pode ser considerado como a entrada do usuário no sistema de saúde, que se dá pela busca do atendimento de suas necessidades, essas tanto se referem às percepções subjetivas das pessoas acerca do próprio estado de saúde, quanto ao estado de saúde objetivo. Nesse contexto, Sawyer, Leite e Alexandrino (2002) ressaltam que o perfil de necessidades individuais constitui-se no determinante mais importante do padrão de consumo de serviços de saúde.

Como contribuição ao debate sobre necessidade de saúde e consumo de serviços, Campos e Bataiero (2007) revelam em seu estudo que a operacionalização das políticas públicas de saúde tem sido determinada a partir do conceito operacional de necessidades de saúde eleito pelos serviços de atenção associando-as ao consumo de um serviço de saúde. A busca pelos serviços de saúde está relacionada ao atendimento de necessidades de saúde que geram demandas e estão, por sua vez, relacionadas ao padrão de oferta de serviços, à acessibilidade e à utilização de serviços.

As demandas por serviços de saúde resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população. A procura por serviços médicos tem sofrido grandes variações no Brasil, sendo pautadas como possíveis explicações para essa variação o

elevado grau de incerteza sobre a base científica da prática clínica, o estado de saúde do paciente e os custos dos procedimentos, conforme relata Sawyer, Leite e Alexandrino (2002).

Segundo Cecílio (2006), a demanda pode ser entendida como o pedido explícito, a tradução das necessidades mais complexas do usuário, das necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem (consulta médica, medicamentos, exames entre outros), mas as necessidades podem ser bem outras. Conforme o autor explica, as necessidades de saúde podem ser apreendidas segundo aspectos relacionados às condições de vida das pessoas (a maneira como se vive traduz padrões de necessidades), à necessidade de ter acesso e consumir toda tecnologia capaz de melhorar a qualidade de vida e prolongá-la, à necessidade do usuário estabelecer um vínculo com o serviço/equipe/profissional, à necessidade de reconstrução, por parte dos sujeitos, do sentido de sua vida a partir da construção da autonomia do modo de viver a vida.

Essa visão de necessidades em saúde só ratifica a centralidade da discussão dessa como composição das necessidades sociais, numa abordagem mais ampla do significado da saúde, como Bech (2002) refere ao dizer que as necessidades de saúde estão ligadas, diretamente, às necessidades sociais, por isso, aspectos sócio-econômicos, demográficos, e geográficos juntamente aos epidemiológicos e sanitários compõem e determinam padrões de necessidades em saúde das coletividades humanas, bem como justificam as diferenças desses padrões entre países, regiões e grupos sociais.

González (2002) resgata que estudiosos londrinos, para melhorar a compreensão sobre os aspectos das necessidades em saúde, esquematizaram-nas em quatro tipos, normativa, percebida, expressada e comparativa, conforme descrição abaixo:

- **Normativas:** determinadas por estudos científicos de aspectos sócio-econômicos, epidemiológicos, sanitários, demográficos e geográficos, realizados por profissionais e técnicos de saúde e possibilitam uma dada apreensão sobre as necessidades de saúde de um determinado território;
- **Percebidas:** requerem o auxílio da antropologia e sociologia para sua melhor compreensão e se relacionam às percepções e aspirações coletivas e individuais das pessoas. Elas são influenciadas por tradições, aspectos psico-sociais e culturais, nível educacional e de prioridades entre outros;

- **Expressadas:** mais simples de reconhecer, pois se manifestam por episódios concretos de necessidades de saúde relativas ou absolutas que resultam numa demanda concreta de atenção e solicitam resposta dos serviços de saúde;
- **Comparativas:** relacionadas às experiências prévias da população na utilização de serviços, dão-se sobre a imagem construída por essa população de como deve ser atendida e sua experiência ao utilizar esses serviços. Nesse padrão a informação influencia diretamente a população, o marketing e a publicidade dos serviços exercem importante papel na construção desse padrão.

A necessidade em saúde mostra-se, desde já, como um conceito complexo de ser construído e difícil de ser operacionalizado pelo nosso sistema. Com o exposto anteriormente, pode-se evidenciar a interdependência da tríade demanda-oferta-necessidade e a influência exercida pelas mesmas no padrão atual de organização e planejamento de serviços de saúde. A demanda pode ser gerada pela necessidade de saúde, que pode ser modelada pela oferta feita pelos serviços, que, por sua vez, tem tido como um dos principais critérios de sua organização a associação da necessidade de saúde com o consumo de serviço de saúde, geralmente, a consulta médica.

Para Pinheiro (2006), a oferta de serviços de saúde está relacionada à disponibilidade, ao tipo e à quantidade de serviços e recursos destinados à atenção à saúde. Ela sofre influência direta da localização, da cultura médica local dos profissionais e da prática política da instituição que compõe o sistema. Essa autora traz que na relação entre a oferta e a demanda concentram-se elementos potentes definidores de possibilidades e limites para a constituição da integralidade da atenção, uma vez que ambas resultam das práticas sociais do cotidiano de serviços de saúde e usuários do sistema.

A autora acima dá destaque para a relação estreita e tênue que existe entre demanda e oferta, muitas vezes imperceptível, o que possibilita a visualização dessa relação numa lógica de mercado, valorizando a observação da saúde como um bem de consumo. Pinheiro (2006) defende que essa observação leva a uma distinção de categorias descoladas do contexto onde estão inseridas, uma distinção que reforça a dicotomia das ações da saúde. De um lado tem-se o usuário demandante como o consumidor do outro a oferta pelo serviço prestador, numa visão limitadora para a conformação da integralidade dentro do sistema.

Daí a importância de que os complexos reguladores não se satisfaçam apenas por garantir a entrada dos usuários no sistema, mas que funcionem como verdadeiros elementos norteadores de um modelo de atenção, avançando para além da visão do usuário como consumidor de serviço de saúde, orientando a oferta, controlando a demanda e regulando o acesso. Entende-se nesse estudo que os instrumentos reguladores operacionalizam os conceitos de regulação da atenção e da assistência, colocados nos documentos oficiais que implementa a Política de Regulação da Saúde no SUS.

2.3 A regulação em saúde no Brasil e no estado de Pernambuco

As políticas reguladoras, no Brasil, têm sido uma tônica das políticas públicas com vistas à otimização dos recursos e sua racionalidade. Assim, a partir do ano de 2000, a saúde iniciou um processo de fortalecimento da regulação pública da assistência com a difusão de conceitos e o estabelecimento de diretrizes para a implementação de um sistema de regulação, num movimento realizado entre as três esferas de gestão da saúde brasileira. Porém é imprescindível que se olhe a história da organização da saúde no Brasil para que se entenda o quadro desafiador para a regulação em saúde na atualidade.

A política de saúde brasileira, anterior ao SUS, definiu padrões comportamentais difíceis de serem revertidos, assim como induziu o fortalecimento do setor privado da saúde por meio de incentivos e investimentos. A ampliação do acesso leva, conseqüentemente, à ampliação da necessidade, ampliação da oferta de serviços, quando, no Brasil, as decisões não passam por estabelecer uma rede pública ampla, articulada e diversificada capaz de atender a estas demandas, automaticamente, permite o desenvolvimento de uma rede privada que será prestadora desses serviços, esse comportamento vem desde as caixas de aposentadorias e pensões, Menicucci (2007).

Mesmo com a reforma da política de saúde, o SUS não significou a ruptura institucional com o modelo anterior, existem continuidades tanto na concepção de direito à saúde como na forma do estado em garantir esse direito. Isso é evidenciado com a permanência de um modelo fragmentado de assistência à saúde, reforçado pela forma de financiamento do nosso modelo, ainda se financiam procedimentos e não o cuidado.

No Brasil, a regulação da saúde já se fazia presente desde as organizações das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) ao Instituto Nacional de Assistência Médica (INAMPS), com ações de cunho regulatório, desde a estipulação dos critérios de utilização da rede de serviços até o rigor do controle de gastos promovendo um modo de regulação de diversos formatos: o comercial, o administrativo, o financeiro e o assistencial (SANTOS ; MEHRY, 2006). Para esses autores, nesse trajeto, a regulação da assistência foi a face mais desprezada para a consolidação de um marco regulatório para a assistência de saúde brasileira, com mecanismos que pouco se preocupavam com a regulação do acesso e a qualidade dos serviços prestados.

Consoante com a amplitude, já citada, do campo da regulação, e com o recorte temporal feito pelos autores acima, a Organização Pan-Americana de Saúde (2006) aponta um embrião da regulação em saúde, no Brasil, com ações mais sistemáticas de controle e avaliação, a Secretaria de Controle e Avaliação, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o INAMPS.

Com atuação centralizada, valendo-se do apoio dos núcleos estaduais, essa secretaria foi responsável por comandar uma forma mais estruturada das ações de controle e avaliação da assistência à saúde atuando junto aos prestadores privados, com vistas maiores ao **controle da produção e dos gastos da assistência médica** aos segurados, Organização Pan-Americana de Saúde (2006).

Ainda hoje, os serviços brasileiros de controle e avaliação do SUS pautam-se no controle da execução orçamentária a partir da produção ambulatorial e hospitalar e essa lógica é quem sustenta diversos instrumentos de gestão como a PPI, a programação e o planejamento da saúde.

Atualmente, o responsável por coordenar e aprimorar a implementação da Política Nacional de Regulação, Controle e Avaliação é o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), pertencente à Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), desde 2003. Essa é a primeira vez que o termo regulação é articulado ao clássico controle e avaliação para a denominação de um departamento do MS, registram os inscritos da Organização Pan-Americana de Saúde (2006).

Mesmo considerando que ações de regulação já eram desenvolvidas, só com a descentralização dessas ações podemos observar o impulso na discussão sobre a regulação em saúde e, conseqüentemente, necessidade de uma política de regulação. A primeira mais consistente, desse período de 1993 a 2000 apontado pela Organização Pan-Americana de Saúde (2006), foi a NOB 01/96.

Ao redefinir as responsabilidades dos três níveis de gestão do SUS, a NOB 01/96 estabelece as condições de habilitação da gestão de estados e municípios e seus requisitos mínimos necessários quanto às ações de controle e avaliação, onde se tem a necessidade dos entes federativos de comprovação da capacidade técnica e administrativa para o exercício de suas responsabilidades e prerrogativas quanto à contratação, ao pagamento, ao controle e à auditoria dos serviços sob sua gestão, bem como avaliar o impacto das ações do Sistema sobre a saúde dos seus municípios (BRASIL, 1996).

Em Pernambuco, a organização dos serviços ligados à regulação teve o reflexo direto da descentralização lenta. A Secretaria de Saúde do Estado no início da década de noventa criou e logo depois extinguiu a Diretoria Executiva de Regulação nos processos de reforma administrativa. Anos depois, duas secretarias adjuntas foram criadas no organograma formal da SES/PE para conduzir o SUS no estado, entretanto o gestor estadual colocou a regulação na secretaria adjunta de vigilância à saúde afastada da assistência à saúde, o que dificultou os processos internos para condução da política. Além de ter passado por um período de total desarticulação dessas ações, mais recentemente, durante muitos anos sequer aparecia essa função formalmente no organograma.

Só recentemente, o decreto estadual 32.823 de 09 de dezembro de 2008 estabelece o novo organograma da SES, onde reorganiza as diversas funções da saúde estadual. A regulação ganha então destaque na estrutura organizacional como secretaria executiva e

agrega mais autonomia e governabilidade, conseguindo reunir todas as estruturas que estão ligadas à regulação do acesso.

Em 2002 a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/02 aponta para as possibilidades de mudança para o retrato da regulação da assistência, quando, formalmente, o estado brasileiro define: “

[...] a regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores, voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, (BRASIL, 2002).

Somada essa definição, essa norma ainda traz alguns elementos que funcionam como ferramenta de gestão na regulação do acesso como o Plano Diretor de Regionalização (PDR) - como um instrumento ordenador da regionalização da assistência, a Programação Pactuada Integrada (PPI) - como instrumento que garante o acesso na referência e o Plano Diretor de Investimento (PDI) - como instrumento norteador da alocação de recurso financeiro, todas como ferramentas importantes para o planejamento e a programação em saúde do SUS.

Em 2006, é editada a portaria GM 399 de 22 de fevereiro cujo documento apresenta as diretrizes do pacto pela saúde e contempla o pacto tripartite com as dimensões pela vida, em defesa do SUS e de gestão. No pacto de gestão a regulação é inscrita com princípios orientadores do processo de regulação que versa sobre o papel do estado e do município no processo de regulação da referência intermunicipal, na operação dos complexos reguladores e na regulação dos prestadores de serviços pautada na contratualização, trazendo conceitos que serão reafirmados com a PNR (BRASIL, 2006).

Em dezembro de 2007, em Brasília, a Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República, divulgou, no sítio eletrônico do Planalto Central, o lançamento pelo governo federal do Programa “Mais Saúde”, a fatia da saúde do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). O programa apresenta investimentos na área da regulação fomentando a criação de 302 Complexos Reguladores (um em cada estado e em municípios com mais de 100 mil habitantes), com a função clara de realizar o agendamento de consultas, internações e exames especializados. Esses centros verificarão os melhores locais onde o paciente possa ser atendido com mais agilidade. Por meio dos complexos reguladores, o gestor de saúde poderá também identificar onde há gargalos no atendimento.

Na notícia veiculada oficialmente, percebe-se a defesa de um complexo regulador operativo, mediador de consulta, nada se afere sobre a garantia do atendimento, a integralidade e os demais pressupostos do SUS.

Como reflexo do “Mais Saúde”, o MS lança a portaria do Gabinete do Ministro (GM) 1571 de 29 de junho de 2007 que versará sobre o financiamento de complexos reguladores para territórios acima de 100 mil habitantes, Brasil (2007). Esse será um fator desencadeador da nacionalização desse tipo de estrutura, porém não será a garantia da articulação desses equipamentos com uma lógica de regulação em saúde como a viabilizadora de uma rede atenção integral e articulada, ressaltando o aspecto indutor do ministério pautado no fomento financeiro.

Em Pernambuco, o desdobramento dessa portaria foi a resolução da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) – PE 1169 de 01 de outubro de 2007, que aprovou a proposta do Plano Estadual de Regulação do Acesso à Assistência do Estado de Pernambuco e definiu a distribuição de recursos para a implantação dos complexos reguladores. A aprovação foi um *ad referendum* e a resolução não apontava qualquer aspecto estruturante da regulação no estado de PE, qualquer apontamento sobre a discussão de uma política de regulação estadual, qualquer instrumento de acompanhamento da implementação do plano, nem tão pouco a explicitação dos pactos e como se daria a gestão destes complexos. É inevitável, assim, perceber que a condução estadual da política tenderia a uma baixa experiência exitosa, provavelmente, acompanhada de baixa eficiência dessa política no estado.

A partir de então, com a necessidade do SUS ser regulado como delineava a NOAS, a concretização de uma política de regulação dos serviços públicos da saúde seria uma consequência. Em 2008, foi publicada a portaria do Gabinete do Ministro 1559, de 01/08/2008, Brasil (2008), que instituiu a Política Nacional de Regulação (PNR) e definiu os **complexos reguladores**, como estruturas operacionalizadoras, constituintes da área técnica da regulação do acesso, e a abrangência de ações pactuadas entre gestores estadual, regional e municipal para a regulação da assistência à saúde.

Segundo essa portaria, as ações de regulação estão organizadas em três dimensões:

I - Regulação de Sistemas de Saúde: tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, definindo macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas;

II - Regulação da Atenção à Saúde: exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde;

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização, (BRASIL, 2008).

Ainda por essa portaria, a regulação em saúde teria um conceito aplicativo global partindo do campo macro da regulação em saúde envolvendo desde as ações de vigilância (com seu cunho normatizador e regulador) à garantia de um procedimento assistencial (acesso regulado). Então, dentro desses três níveis de abrangência com definições mais técnicas ligadas à efetivação da regulação em saúde tem-se:

- A regulação de sistemas de saúde: regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão;
- A regulação da atenção à saúde: contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial, regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial;
- A regulação do acesso à assistência: seria a oferta assistencial de acordo com a necessidade do cidadão, por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros, (BRASIL, 2008).

Nesse estudo, não descartamos o conceito de regulação em saúde trazida pela política nacional de regulação, porém nos concentramos mais nas questões instrumentais decorrentes do conceito operacional adotado no SUS, entendendo a contradição posta entre a regulação em saúde, como uma ação nuclear do Estado no âmbito dos mercados, com ênfase na eficiência, e ao mesmo tempo, a necessidade de responder aos grandes desafios do SUS no que diz respeito ao acesso universal, e o cuidado integral com qualidade.

A definição trazida pela PNR aponta para a regulação do acesso entendida como a operacionalização da entrada do usuário no sistema, traduzindo o acesso conforme é dito por Travassos e Martins (2004), como um dos elementos dos serviços de saúde referente à entrada do usuário no sistema e à continuidade do tratamento.

Assim, considerando as observações já feitas no tocante à descentralização, ao acesso universal e à garantia da integralidade, é necessário que os complexos reguladores viabilizem uma regulação assistencial que permita a condução do usuário em todo o sistema e regulem a

relação da demanda por serviços de saúde e a oferta do serviço compatível ao atendimento dessa demanda, operacionalizando o acesso aos serviços, direcionando linhas de cuidados que apontem um modelo de atenção à saúde integral, entendendo que esse conceito de demanda como uma expressão de necessidade por serviços é relativo, pois a demanda por serviços de saúde não é autônoma e pode ser induzida pela oferta, de acordo com Castro (2002).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a implantação dos complexos reguladores do estado de PE a partir da instituição da Política Nacional de Regulação.

3.2 Objetivos específicos

- a) Analisar o processo de implantação dos complexos reguladores do estado de PE;
- b) Analisar como estão operando os complexos reguladores no estado de PE, dentro da Política de Regulação do SUS.

4 METODOLOGIA

Esse estudo pauta-se pela avaliação de políticas públicas, como campo científico de produção que permite fazer julgamento das práticas sociais, em relação às quais as práticas de saúde podem ser consideradas um caso particular, como referem Hartz e Silva (2005). Para essas autoras, o julgamento pode variar desde a emissão de um juízo de valor até uma análise que envolva o significado do fenômeno estudado.

A avaliação de programas públicos surge na metade do século XX pela necessidade de se observar a eficácia da aplicação de recursos pelo Estado. O desdobramento desse movimento, no Brasil, dar-se a partir da década de 80, segundo Uchimura e Bosi (2002) e ainda é um campo incipiente e em desenvolvimento no Brasil atual. A pesquisa avaliativa ou avaliação sistemática, como referida por esses autores, é a utilização de métodos científicos para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável. Essas autoras também defendem que o campo da avaliação de serviços e programas como campo de intervenção social, necessita avançar para além de uma modalidade de pesquisa que tenta confirmar ou não uma relação de causalidade entre as ações e os resultados, como influência dos pressupostos positivistas.

Para Deslandes (1997), uma das formas de superação da influência de esquemas mais restritos de avaliação, como a citada acima, é o desenvolvimento de uma linha de pesquisa qualitativa, como uma visão de complementaridade e enriquecimento do arsenal teórico-metodológico da avaliação em saúde:

A avaliação qualitativa entende um programa ou serviço como um processo que possui movimento, dinâmica própria. Considera-se a ação de atores distintos, que se aliam e se contrapõem, trata-se de uma busca hermenêutica por compreender antagonismos e consensos. Desta forma, avaliar também é decodificar conflitos visando ao entendimento da cultura institucional e da prática dos agentes que o serviço ou programa envolve. (DESLANDES,1997).

Nessa perspectiva, essa autora reconhece a importância da análise das estruturas e do funcionamento organizacional dos serviços, considerando-os frutos da atividade objetivada dos atores envolvidos e que, por isso, as contradições que permeiam esse movimento devem ser analisadas. Nesse caso, a unidade de análise não é o serviço em si, mas a atuação do

mesmo que correspondem à rede de interação com outros atores sociais, vivências, estruturas e processos constituintes da própria prática institucional.

O objeto desse estudo de avaliação de política pública, irremediavelmente, está ligado à necessidade de ampliação do horizonte da pesquisa avaliativa no campo da gestão do SUS. A gestão, como resultado da produção humana, está submetida a adquirir suas dimensões, principalmente, quanto ao caráter social e histórico. Essas são condições e características essenciais, como nos aponta Minayo (1999), de um campo nato de observação e estudo qualitativo. O objeto das ciências sociais é histórico e todo objeto desses estudos é qualitativo e, portanto, naturalmente baseado em categorias que emergem do campo e dos dados coletados.

Essa definição, por si, já contemplaria na escolha de uma metodologia qualitativa genuína para sua abordagem. É importante dizer que essa metodologia oferece aportes técnicos e conceituais mais apropriados para a observação da realidade social, melhor apreendida quanto mais o pesquisador aproxima-se do seu objeto, Minayo (1999), sem amarrações e limites de modelos pré-concebidos.

Nesse estudo, temos a intenção de modelar o instrumento de coleta de dados, conforme o desenrolar da abordagem do pesquisador, de forma a propiciar o levantamento das informações necessárias à apreensão do que se é produzido a partir das interações sociais geradas pelo contexto de implantação dos complexos reguladores, influenciadores diretos na sua forma de atuação no Estado de Pernambuco.

Apenas a aplicação do modelo teórico, como ferramenta de avaliação de modelo de intervenção em saúde, parece ser insuficiente para captar a dimensão da *qualidade política* dessa intervenção relacionada à dimensão subjetiva, Uchimura e Bosi (2002). Ainda, segundo essas autoras, a dimensão subjetiva ocupa o espaço das vivências, das emoções, do sentimento, todos são expressões de singularidades humanas que permeiam o contexto das interações sociais.

4.1 Área de estudo

O estado de PE.

4.2 Desenho de estudo

Trata-se de um estudo de caso, estratégia que permite estudar em profundidade uma situação ou fenômeno e conduz a uma descrição e explicação geral da dinâmica de organização ou funcionamento de um programa, Contandriopoulos et al. (1994).

4.3 Unidades de Análise

O processo de implantação/implementação dos Complexos Reguladores da Atenção à Saúde no SUS – PE.

4.4 Período de Estudo

O estudo aconteceu entre junho de 2008 e junho de 2010, com os levantamentos locais realizados em maio/junho de 2010.

4.5 Métodos de coleta de dados

A descrição da política regulatória estadual foi feita por meio de análise documental, foram levantadas todas as normatizações federais e estaduais, bem como a bibliografia pertinente ao assunto, a partir da edição da NOAS/2002, momento em que os documentos oficiais de gestão do SUS definiram Regulação Assistencial e complexos reguladores.

Foi entrevistado um conjunto de informantes-chaves, utilizando-se uma técnica em bola de neve até atingir um ponto de saturação das informações. Foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas, onde a formulação preliminar das questões não é definitiva, com possibilidades do pesquisador, ao decorrer da entrevista, acrescentar mais questões a fim de possibilitar a obtenção de informações mais aprofundadas, segundo Contandriopoulos et al. (1994).

Foram realizadas oito entrevistas de atores que ocuparam cargos estratégicos na gestão municipal, estadual e federal do campo da regulação, bem como técnicos da Comissão Intergestora Bipartite do Estado de Pernambuco. Os sujeitos da pesquisa serão identificados como sujeito 1, sujeito 2, sujeito 3, sujeito 4, sujeito 5, sujeito 6, sujeito 7, sujeito 8, mantendo-se o sigilo da identificação pessoal. A proposta de roteiro semi-estruturado, que foi sendo adaptado ao longo das entrevistas, encontra-se no apêndice.

4.6 Processamento e análise dos dados

Para análise dos dados, procedeu-se à leitura exaustiva e sucessiva do material levantado a partir das entrevistas e foram criadas categorias de análise a partir da coleta de dados. As categorias emergentes são atribuídas a partes de discursos bem circunscritas e com grande unidade conceitual, que compõem o procedimento de redução de dados chamado de codificação, Contandriopoulos et al.(1994).

Um plano de análise estruturado em três grandes agregados - **concepção de regulação em saúde e de complexos reguladores, processo de tomada decisão e o processo de implantação** - ajuda a distribuir as categorias geradas pela técnica de redução de dados.

4.7 Considerações éticas

O projeto em pauta foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisas (CEP) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ, tendo recebido parecer favorável desse comitê em 07/07/2010, número do parecer 27/2010, sob registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ número 09/10 e no CAAE de número 0008.0.095.000-10.

Solicitou-se a concordância verbal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que trata das diretrizes e normas sobre pesquisas realizadas em seres humanos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como já exposto no capítulo anterior, desenvolveu-se um plano de análise com tópicos que agregaram as categorias geradas na técnica de redução de dados operacionalizadas da seguinte maneira:

1. **Concepção de regulação em saúde e de complexos reguladores** – busca-se apreender o conhecimento desses atores estratégicos sobre os conceitos utilizados no campo da regulação em saúde;
2. **Processo de tomada decisão** – investiga-se como se deu a elaboração da proposta dos complexos reguladores no Estado de Pernambuco, e a inserção dos municípios nesse processo;
3. **Processo de implantação** – aborda-se a percepção dos sujeitos da pesquisa sobre a implantação de complexos reguladores, sua existência e como se dá a participação efetiva dos municípios em Pernambuco nesse aspecto.

5.1 Agregado I

5.1.1 Da concepção de regulação em saúde e de complexos reguladores

Este estudo não tem a pretensão de trazer acabado um conceito acadêmico sobre regulação em saúde e complexos reguladores, nesse ambiente de intensa polissemia e de diretrizes inconsistentes entre teoria e a prática cotidiana do SUS.

Antes, quer entender como atores estratégicos, que conduzem e/ou conduziram a regulação em saúde no Brasil e em Pernambuco, nos diversos níveis de gestão, observam este campo e traduzem a política nacional de regulação em termos concretos.

Devido ao conceito polissêmico e complexo da regulação em saúde, foi difícil reduzir as falas e tentar agrupá-las, mas buscamos enxergar o mínimo que possibilitaria uma conexão entre elas. Assim, tivemos três categorias para a concepção de regulação em saúde e duas categorias para a concepção de complexos reguladores.

5.1.1.1 Categorias da concepção de regulação em saúde

- a) A regulação em saúde como organização do sistema, do acesso, dos serviços, da demanda, da oferta com busca da integralidade e baseados nas necessidades de uma população**

Quem regula, organiza e garante acesso. Quem organiza tem o sentido de otimizar aquilo que dispõe, poderíamos, assim, observar a lógica da otimização de recursos que a NOAS 2002 traz no conceito de regulação assistencial.

A evidência dessa lógica pode ser encontrada nas falas a seguir:

“Instrumentos e estratégias que a gestão lança mão para tentar organizar a assistência à saúde de forma que o usuário tenha o atendimento integral e garantia de acesso.” (Sujeito 1);

“Organizar as demandas para se garantir o acesso do usuário aos serviços de saúde.” (Sujeito 2);

“Entendimento de qual é a necessidade de serviços pela população, feita com base no perfil epidemiológico”. (Sujeito 6).

b) A regulação em saúde como normatização, regulamentação, instituinte de regras, ordenação

Podemos inferir que o agente regulador estabelece normas, rotinas para poder organizar.

“Toda e qualquer atividade que busca regulamentar, normatizar, dá significado e sentido à prática de atividade em saúde na busca de estabelecimentos de consensos para organizar modelos de atenção à saúde, na verdade organizar sistemas.” (Sujeito 4);

“Regulação vem da palavra regradar, regulação é a instituição de parâmetros e normas, para constituição da rede através da identificação das necessidades.” (Sujeito 7).

c) A regulação em saúde como um processo, como um dispositivo que trabalha o modelo assistencial

A regulação em saúde pensada enquanto um processo concatena ações e atividades que conformam um modelo assistencial.

“A prática da regulação como processo tem sido trabalhada recentemente, queremos trabalhar é a regulação da atenção e mais especificamente a regulação do acesso, pois está se tentando trabalhar o novo modelo assistencial e essa busca implica num processo de regulação mais efetivo com garantia da assistência de forma regulada e qualificada por meio dos diversos instrumentos de gestão.” (Sujeito 5).

Mediante a polissemia, a inconsistência encontrada nas falas é inevitável, assim há uma grande confusão quanto à aplicação do conceito de regulação no SUS em Pernambuco e no país.

Ora o complexo regulador está associado a uma união de estruturas informatizadas, denominadas Centrais de Regulação, que de certa forma estão operando no Estado de Pernambuco, mas não estão concretizando os objetivos maiores da política de regulação do SUS, por lacunas observadas no processo político da própria regulação da atenção em saúde normatizado em portaria que orienta essas ações no plano nacional.

Em outro momento, o conceito de regulação se refere a uma articulação de atores institucionais para cumprir com a tarefa de viabilizar na prática o acesso aos serviços de saúde. Nesse contexto, apresenta-se como um elemento estratégico para pactuação da organização da rede, além de um mero conjunto de equipamentos, que devem ser conduzidos para efetivar a regulação assistencial.

5.1.1.2 Categorias da concepção de complexos reguladores

a) Complexos reguladores formados por centrais que operacionalizam o acesso, que disciplina e ordenam o fluxo assistencial

Nessas categorias evidencia-se uma percepção mais prática e técnica dos complexos reguladores, consoante com a política nacional de regulação que os define como estruturas que viabilizam as ações de acesso. O complexo regulador é formado a partir da junção de outros equipamentos que juntos garantem o acesso do usuário a diversos pontos de atenção.

“O complexo regulador é formado de centrais de leito, ambulatório, urgência para garantir o acesso de forma organizada, para organizar o sistema” (Sujeito 2).

“Complexo regulador é o instrumento operacional que dá vida a uma das divisões na regulação em saúde, que é a regulação do acesso, ele operacionaliza os fluxos de assistência” (Sujeito 4).

“O complexo regulador controla e disciplina o acesso dos usuários ao serviço” (Sujeito 6).

“O complexo regulador são estruturas articuladas entre si com o objetivo de operacionalizar o acesso e constituir rede integrada” (Sujeito 7).

b) Complexos reguladores como unidade estruturante, formada de um conjunto de equipamentos, que, orquestrados, conformam um modelo de atenção

Os complexos reguladores transcendem a idéia de formação com a junção de centrais de regulação, antes, valem-se, fundamentalmente, dos recursos de programação, controle e avaliação para garantir o acesso integral ao usuário, operacionalizando fluxos articuladores de uma rede de cuidado perene e com percurso terapêutico ordenado. São componentes, portanto, de uma política estruturadora de modelo de atenção à saúde.

“Se pensarmos num dado conceito de complexo regulador ele não é só as centrais, toda estrutura de controle e avaliação e auditoria faz parte... sua função é garantir acesso para o usuário, uma atenção integral a este indivíduo, uma rede articulada...” (sujeito 1).

“Os complexos não podem ser burocráticos, um cumprimento normativo, algo a mais. Deve funcionar de verdade, controlar, regular o acesso de forma ética [...] deve funcionar efetivamente, não deve ser mais uma regra. A compra de um serviço deve ser guiada pelo complexo regulador, cada gestor deve controlar o que está ofertando, com qualidade e na quantidade necessária ao perfil epidemiológico da população” (Sujeito 6).

Aqui fica claro como as dificuldades, do ponto de vista teórico-conceitual, acabam por tornar a regulação do SUS, um conjunto de ações distorcidas pela imprecisão e ambigüidade no uso do termo com conseqüências praticas para a política de regulação no Estado de Pernambuco.

5.2 Agregado II

5.2.1 Do processo de tomada de decisão

Esse agregado representa o quanto a CIB-PE está fragilizada, descapitalizada politicamente, socialmente e tecnicamente. A CIB tem sido conduzida não no sentido de protagonizar ações nesse campo junto com os municípios. As discussões nesse espaço de deliberação, ao invés de tornar os municípios mais fortes do ponto de vista técnico e da gestão, assumindo suas responsabilidades sanitárias, tem antes sido um espaço de disputa de

interesses, sobretudo do interesse pela transferência de recursos financeiros do Ministério da Saúde.

O processo coletivo e colegiado de gestão é muito precioso para o desenvolvimento e a consolidação do SUS. Implementar, efetivamente, uma política ou programa, num sistema descentralizado, num estado democrático e contexto de múltiplas disputas e intenções, requer estrutura consistente para se sobrepôr e resistir ao desgaste travado nesse ambiente e poder se concretizar.

Por isso o Gestor Estadual tem um papel fundamental, como principal coordenador do espaço da CIB, para definir os rumos da organização da rede de serviços e viabilizar as ações do complexo regulador para promover a cooperação intermunicipal e não permitir que este espaço seja apenas o palco de disputas por habilitações e transferências de recursos financeiros entre os municípios.

No âmbito da gestão, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96 – NOB 01/96 - orienta a remodelação do sistema de gestão e redefine os papéis de cada esfera, ao dizer, que a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e exclusiva dessa esfera de governo, onde estado e união são co-responsáveis pelo sistema e por cooperar no desenvolvimento dessa capacidade gestora (Brasil, 1996).

Essa norma ratifica a NOB/93, quando aponta dois espaços de gestão importantes responsáveis por mediar as relações entre os entes e permitir o desenvolvimento da gestão com capacidade para absorver esses novos papéis de forma integradora e pactuada – as Comissões Intergestoras Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), que apresentam representação paritária dos gestores do SUS. A CIT como fórum que reúne os três níveis (federal, estadual, municipal) e a CIB que reúne dois níveis de gestão (estadual e municipal).

Consoante a essas diretrizes normativas, a política ministerial, fomentada por incentivos de diversas ordens para sua adesão, requer de estados e municípios sua discussão e tomada de decisão pactuadas no seu fórum deliberativo, a CIB. A resolução CIB aprovando e determinando como será estabelecida, nos respectivos estado e municípios, a implantação/implementação das políticas lançadas, passa a ser o mecanismo de ratificação e compromisso dos estados e seus municípios para sua implantação.

A portaria do Gabinete do Ministro (GM) 1571 de 29 de junho de 2007, que destinou recursos financeiros para a implantação de complexos reguladores e desenvolvimento do processo de regulação do acesso à assistência à saúde, é um exemplo claro da requisição da resolução CIB aprovando e legitimando o pleito do projeto de estados e municípios aos recursos financeiros estabelecidos.

A resolução CIB – PE 1169 de 01 de outubro de 2007 aprova o projeto de implantação dos complexos reguladores para pleito dos recursos da portaria acima mencionada, ali chamado de plano estadual de regulação, contendo todas as orientações trazidas pela portaria.

Porém, a necessidade da resolução desse fórum deliberativo parece não ter sido a garantia, no Estado de Pernambuco, de uma discussão pactuada e legítima, entre o estado e municípios, da implantação dessa política, como será apontado nas categorias a seguir.

a) Não ter participado do processo de decisão por ter se agregado à equipe pós elaboração do projeto de pleito da SES aos recursos da Portaria GM 1571

Esse grupo não vivenciou, diretamente, o processo de discussão do projeto, mas agregou-se à equipe cujo objeto de trabalho é o campo da regulação em saúde e que, em nenhum momento, foi convocada para discutir qualquer proposta de política de regulação no estado.

O fato evidencia bem a discussão centralizada, do núcleo tecnocrata de gestão, sem a participação sequer da equipe do nível central, muito menos, contempla a participação das equipes das gerências regionais do estado, para implementação de uma política nacional que requer uma capilaridade regional para se efetivar.

“Não vivenciei a construção da proposta, mas a impressão, a partir do depoimento das pessoas que vivenciaram, é de uma construção de gabinete, centralizada no estado” (Sujeito 4).

b) Sem participação em qualquer momento

“Não houve decisão colegiada, quando foi aprovada essa discussão para os municípios organizarem seus complexos reguladores, a SES mandou, sem orientação, planilhas para os municípios preencherem, nos perguntávamos o que aquilo contemplaria” (Sujeito 2).

c) Participação no momento inicial

Nessa categoria, encontramos sujeitos que ocupavam espaços estratégicos e, portanto, necessários para o processo de discussão do projeto estadual e adesão ao mesmo, com a conseqüente aprovação consensuada no espaço da CIB.

Foram convocados formalmente pela Secretaria Estadual de Saúde do estado de Pernambuco (SES PE), coincidentemente, ou compunham o espaço privilegiado de decisão ou ocupavam os espaços da gestão dos municípios de referência à atenção à saúde do estado e, fatalmente, sediariam um complexo regulador aos moldes do contemplado pela portaria GM 1571.

A convocação inicial demarcava a disposição de se construir coletivamente o projeto de complexos reguladores do estado de PE, porém, as reuniões subseqüentes foram escassas, sem continuidade e sem discussão da construção da proposta estadual sobre regulação em Pernambuco da implantação de complexos reguladores. A representação dos municípios, mesmo na forma inicial, foi ignorada na formulação final da proposta.

A CIB não deve apenas ser o espaço de aprovação cartorial desses projetos, mas deve apontar mecanismos claros de gestão sobre os complexos reguladores e as ações de regulação que precisam ser efetivadas. O plano estadual de regionalização e regulação do SUS no estado e os instrumentos definidos em portaria, como o plano de investimento, contendo a contrapartida do estado e municípios, com termos de compromissos compartilhados, são aspectos claros de apoio ao desenvolvimento dessa política.

A seguir, as falas dos sujeitos explicitam as observações acima:

“O município foi convidado para discutir em cima de uma proposta prévia do Estado, com quatro macro regionais que teriam prioridade para receber os recursos do ministério. Recife e Caruaru tiveram um recurso maior porque estavam mais organizados e tinham uma rede maior, estrutura mais consolidada. No entanto, existia a discussão da inclusão de dez ou vinte municípios, que também receberiam recurso para implantar suas centrais menores. A construção da proposta não foi conjunta, discutimo-la, mas a construção não partiu dos municípios. Discutiram-se só quem entrava ou não, quem seria a quarta macro, não foi uma construção colegiada” (Sujeito 1).

“Os municípios foram atraídos para discussão pelo incentivo financeiro federal, mas não há, por parte do estado, necessidade de induzir complexos reguladores... o acompanhamento das metas não acontece... agente não sabe onde estão os recursos. Foi pautada a questão dos complexos reguladores para o recurso a ser repassado pelo ministério, mas quando se trata de recurso é engraçado, eles não discutem, simplesmente aceitam... o município agarra porque eles não têm mais de onde tirar, os municípios hoje investem mais que os 15% exigidos em lei” (Sujeito 6).

“Em 2006, houve movimento do secretaria estadual que chamou a capital e o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Foi uma discussão que não teve fim à época, porque mudou a gestão. Depois, houve participação de outros municípios, não foram mais que dez. O estado trouxe uma proposta, um desenho de centrais ao longo estado e distribuição do recurso financeiro, isso foi discutido. Foi-se feita outra proposta pelo COSEMS, principalmente na distribuição do recurso, que estava muito centralizado no estado, de descentralização. Fizemos umas três reuniões e não conseguimos fechar o projeto, a proposta ficou inacabada. Ao mudar a gestão em 2007, houve uma remodelação dessa proposta pela nova gestão, bem centralizada com pouquíssima discussão para dentro da secretaria e acredito que com pouca discussão com os municípios também” (Sujeito 7).

“[...] essa portaria foi discutida entre 2007 e 2008 em PE, houve dois movimentos paralelos e que se encontraram, o COSEMS fez reuniões com os secretários e discutiu uma proposta de desenho para regulação de acesso em PE... A definição foi mais fechada, alguns municípios receberam recurso, o recurso que ficou no estado não vimos, qual a tradução em mudança que aconteceu e ate hoje não houve grande avanço” (Sujeito 8).

Pelos diálogos expostos, podemos perceber, que independente do nível de participação desses sujeitos, a decisão tomada pela CIB – PE, quanto ao projeto de desenvolvimento e implantação de complexos reguladores no estado de PE, foi centralizada, construída pela cúpula gestora da saúde do estado à época e não contribui para o desenvolvimento da política de regulação em Pernambuco.

Esse perfil de tomada de decisão, centralizada e autoritária, só reforça a idéia de uma descentralização excludente, exibindo, claramente, a herança da cultura política do estado, que vai à contramão das medidas democratizantes trazidas com a constituição de 1988 e expõe a fragilidade do órgão federal da saúde em garantir que os estados e municípios atuem em cooperação e sigam uma direção única.

5.3 Agregado III

5.3.1 Da implantação dos complexos reguladores

A pesquisa tentou identificar, na percepção dos sujeitos entrevistados, a existência dos complexos reguladores no estado de PE, a implantação ou estruturas que compusessem um arranjo de complexo regulador estadual.

Observou-se que a percepção dos participantes, quanto à existência dessas estruturas e sua implantação, variou conforme sua concepção. Assim teremos duas categorias emergentes: A) Não há complexo regulador em PE; B) Há complexo regulador implantado em PE.

a) Não há complexo regulador implantado em PE

A percepção dos sujeitos aponta para a existência de diversas estruturas fragmentadas, que executam funções pontuais de um mecanismo de controle, como as Unidades de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), as Unidades Autorizadoras de Procedimentos de Alto Custo (APAC), Central de Leitos, Central de Marcação de Consultas e Exames, mas que não estão concatenadas e não oportunizam uma organização sistêmica que evidenciem a presença do complexo regulador.

“... não existem complexos em PE, existem serviços fragmentados, centrais que algumas funcionam no mesmo prédio e só agora foram aglutinadas numa mesma secretaria executiva e não traduzem ainda uma política de regulação... os municípios avançam sozinhos, mas as iniciativas são dispersas e não como parte de um conjunto organizado, orquestrado, segue sem direção.” (Sujeito 8).

“Não temos rede de serviços, complexo regulador, temos uma estrutura que encaminha, mas não garante o atendimento, então não temos complexo regulador funcionante” (Sujeito 6).

“Não há complexos reguladores implantados em PE, o que chegaria mais próximo seria o da capital. A própria central do estado tem uma característica de regular, dentro dela mesma, fragmentada, tem a regulação hospitalar de urgência e emergência, a regulação de leitos clínicos próprios, dentro desses os de UTI, que é outro sistema” (Sujeito 3).

Estruturas desarticuladas, fragmentadas ligadas muito mais a regular a oferta de serviços é o que estas falas trazem, não há existência de complexo regulador sem garantia de integralidade, que não significa apenas a consulta. As falas só reforçam a inexistência da integralidade, quando não se fala de rede articulada, de cuidado coordenado. Conill (2004) ressalta a necessidade da integralidade ser observada como um conjunto amplo de ações, com acompanhamento dos indivíduos, ou seja, com continuidade e seguimento do cuidado, que tem a atenção primária como coordenadora da atenção e é mediada por estruturas que operacionalizem essa articulação.

O controle de gastos é um dos objetivos imbutidos no conceito de regulação da saúde. Esse tipo esforço se traduz na prioridade para adequar a demanda a oferta existente que acaba por não facultar o acesso aos serviços, garantindo-os de forma otimizada, pois os complexos reguladores são instrumentos que ajustam fluxos e orientam a demanda, contudo não criam uma oferta para suprir as necessidades.

Não há, portanto, como negar o impacto direto, do pensamento restritivo na política de regulação no SUS no Estado, observando-se as lacunas que possibilitam a regulação da assistência com ações que equalizariam as necessidades discutidas na CIB e conseqüentemente, a formulação de pactos que materialize a garantia do acesso qualificado na rede.

b) Há complexo regulador em PE, parcialmente implantado

“O complexo regulador está implantado, diria que ele não está devidamente qualificado... não regulamos leito, só encaminhamos, não temos a parte da média complexidade ambulatorial (consultas, exames e cirurgias eletivas), o complexo regulador estadual precisa avançar nesse processo de qualificação e passa, não pelo software, mas pelo modelo que irá conduzir isso, ele está implantado aquém do que precisamos” (Sujeito 4).

“Se pensarmos num dado conceito de complexo regulador, ele não é só as centrais, toda estrutura de controle e avaliação e auditoria. Então, assim, Pernambuco tem. As três macros possuem complexo regulador e eles funcionam dentro das limitações e capacidades. O estado tem seu complexo regulador, tem toda estrutura de apoio, de controle, auditoria e avaliação e suas centrais, a de leitos e a de partos, não tem ambulatório, mas tem estrutura montada” (Sujeito 1).

As falas apontam para a evidência das carências estruturais na organização da rede e do que poderia ser um complexo regulador, não demonstram evidências da existência de um processo regulatório, nem mecanismos e ações que apontem uma forma articulada de funcionar que configure um complexo regulador.

A política de regulação segue essa tendência na CIB que discute formas de captar recursos federais para implantar complexos reguladores no estado. Porém, a discussão de um plano estadual de regulação, as diretrizes de como vai se dá a organização/coordenação da rede regionalizada de assistência a saúde, seu monitoramento e sua avaliação são elementos esquecidos.

Para um complexo regulador funcionar é necessário ir além da organização da infraestrutura e do uso de instrumentos tecnológicos de informática e comunicação. Montar um complexo regulador requer além da construção de prédios e aquisição de equipamentos, uma estrutura organizacional com um regimento que contemple suas finalidades.

Entretanto, para que esse complexo funcione, é necessária uma determinação política para a adoção de processos articuladores que coordenem os diversos agentes que atuam no SUS para que suas ações sejam convergentes à criação de uma atenção em rede e capazes de cumprir com a idéia da integralidade ofertando serviços de acordo com a necessidade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos achados desse estudo, por meio dos referenciais adotados, a inferência mais próxima e otimista a se considerar é que o estado de Pernambuco está numa condição de incipiência e transição, quanto à implantação dos complexos reguladores cuja capacidade de resposta às necessidades em saúde, nas dimensões apresentadas, está muito aquém do seu potencial.

Apesar de não descartar as iniciativas e organizações que já existem, não parece muito apropriado defender a idéia de que o estado tem um complexo regulador realmente implantado, quando diversos de seus instrumentos estão fragmentados e não articulados. Principalmente, a organização da rede regional, que é razão de todos os esforços da regulação assistencial, para responder às necessidades em saúde.

As falas que evidenciam a fragmentação citada acima dão a idéia da formação do complexo regulador como junção de serviços de regulação, que tem ações pontuais na regulação do acesso é um reflexo do estágio incipiente da política de regulação no estado, focaliza-se a infra-estrutura e negligencia-se o processo. Esse quadro evidencia a fragmentação dos serviços, a fragilidade da atuação do Estado como coordenador da política de regulação e de regionalização.

Existem diversos graus de desenvolvimento regional e municipal e, portanto, de capacidades diversas de ação e operacionalização da regulação em saúde no estado, isso ratifica a proposição de transição e construção de um ambiente estadual mais propício ao desenvolvimento dessa política.

A idéia mais ampla de conformação de um modelo de atenção, que dê conta das necessidades observadas, não é a diretriz encontrada em Pernambuco, que continua se restringindo a um desenho de rede cartorial, e/ou uma ênfase exagerada sobre aspectos instrumentais para resolver, de maneira superficial, problemas profundos relacionados à falta de acesso aos serviços de saúde.

.A orientação democrática na política de saúde no Brasil não tem sido suficiente para garantir, de fato, um espaço democrático de gestão do SUS no Estado de Pernambuco. O cotidiano institucional do SUS em Pernambuco sofre, de certa forma, com o continuísmo da ação centralizadora observada na forma como essa política tem sido conduzida ao longo dos anos. As instâncias de decisão, que são legalmente instituídas e dão o tom democratizante do sistema de saúde, são, não raramente, desrespeitadas ou, cartorialmente, consultadas. As decisões são tomadas e as políticas têm sido conduzidas à parte do processo decisório instituído na CIB.

A constatação da decisão centralizada da resolução CIB, que aprova o projeto de complexos reguladores de PE, conforme a portaria GM 1571, parece ser uma evidência incontestável. A pergunta que fica e clama por resposta é porque os municípios de grande porte apesar de apresentar certo desconforto com as decisões centralizadas não se posicionam de forma a reivindicar uma decisão colegiada e mais próxima de uma pactuação intermunicipal na regionalização e regulação assistencial do SUS? Seriam eles beneficiados com a transferência de recursos financeiros da forma como está posta essa política em Pernambuco?

Essas perguntas podem e devem ser respondidas como desdobramentos dessa pesquisa. Esses questionamentos não são objetivos do estudo, mas são inquietantes por trazer nas entrelinhas, a hipótese da velha cultura política do clientelismo e dos interesses partidários estarem permitindo a perpetuação de uma forma de fazer política pública que não tem o cidadão como seu foco e no caso da saúde, não permitindo o fortalecimento do SUS. Funcionam, antes, como seus algozes.

O Ministério da Saúde (MS) necessita ser mais contundente e indutor na normatização dessa política. O MS não adotou qualquer medida fomentadora do aprimoramento e do gradual crescimento da capacidade gestora local. O único mecanismo de gestão utilizado foi solicitar a resolução CIB com aprovação dos projetos pleiteando recursos para o financiamento de complexos reguladores.

Muitas diretrizes e ferramentas típicas de um complexo regulador implantado não são evidentes na observação dos gestores e quando existem, não funcionam. Há um novo desenho de regionalização no estado, ainda não apropriado por todos seus entes. O trabalho com a necessidade, a demanda, oferta ainda está muito atrelado à idéia da capacidade instalada, e o

acesso é uma consequência da definição dessas medidas. Protocolos não são citados, os contratos e pactos não são tão evidentes. Além disso, os espaços normativos e constitucionais têm sido cumpridos de forma cartorial e burocrática. Para mudança, é necessária a adoção de processos políticos coletivos capazes de induzir e instituir outra cultura política, onde esses instrumentos façam sentido e componham um cenário de democracia, participação e justiça.

É preciso potencializar-se a capacidade indutora dos diretores e coordenadores da regulação. Essa capacidade gestora não pode estar à mercê da temporalidade dos governos. Para isso, há de se olhar de forma diferente, há de se pensar em outras formas de financiamento para a regulação (investimento e custeio), na cultura institucional e nas pessoas (gestão, política de formação, constituição de espaços democráticos com participação) – com destaque para a formação de uma equipe de gestores públicos de regulação.

Seguindo com as mudanças, a regulação do acesso e assistencial brasileira poderão ter outros rumos com a consolidação dessa política, bem como a forte possibilidade da concretização de verdadeiras redes assistenciais, articulando os mais diversos pontos de atenção, nos mais diversos níveis contribuindo para o cuidado adequado.

Não se pode negar o desenvolvimento técnico e científico que o estado potencialmente apresenta e nessas evidências é que se deve apostar, assim como, em dias melhores para o avanço da capacidade política de técnicos, gestores e de atores sociais tão importantes no cenário sanitário brasileiro.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L. A Experiência de Descentralização: uma Avaliação. In: NASSUNO, Marianne; KAMADA, Priscilla H. Balanco da Reforma do Estado no Brasil: A Nova Gestão Pública. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2002. p. 207-222.
- ARIENTI, W. L. Do Estado Keynesiano ao Estado Schumpeteriano. Revista de Economia Política, São Paulo, vol. 23, n. 4, p. 97 – 113, out./dez. 2003.
- BECH, J. Princípios Fundamentais de Atenção à Saúde. In: MISOCZKY, Maria; BECH, Jaime. Estratégias de organização da atenção à saúde. Porto Alegre: DaCasa, 2002. cap.1.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Portaria Ministerial n. 2203, de 05 de novembro de 1996. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 6 nov. 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 27 set. 2010.
- BRASIL. Portaria Ministerial n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 28 fev. 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 24 jul.2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Operacionais: Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. Brasília, DF, 2006, v. 1.
- BRASIL. Portaria Ministerial n. 1571, de 29 de junho de 2007. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2 jul. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1571_29_06_2007.html>. Acesso em: 27 set. 2010.
- BRASIL. Portaria Ministerial n. 1559, de 01 de agosto de 2008. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 4 ago. 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-1559.htm>>. Acesso em: 21 jul. 2009.
- CAMPOS, C.M.S.; BATAIERO, M.O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface : COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO, Botucatu, vol. 11, n. 23, p. 605-18, set./dez. 2007.
- CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais, Sociologias, Porto Alegre, ano 4, n. 7,p. 122-135, jan./jun. 2002.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO,R.; MATTOS, R. Os sentidos da

integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Cepesc, Abrasco, 2006. cap. 4.

COHEN, E.; FRANCO, R. Avaliação de Projetos Sociais. Petrópolis: Vozes, 1998.

COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE DO ESTADO DE PERNAMBUCO. Resolução 1169 de 01 de outubro de 2007. Diário Oficial do Estado de Pernambuco, Recife, PE, 06 nov. 2007.

CONILL, E. M. Avaliação da Integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1417 – 1423, set./out. 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. Saber preparar uma pesquisa. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

COSTA, R. C. R. Descentralização, Financiamento e Regulação: A reforma do sistema público de saúde no Brasil durante a década de 1990. Revista de Sociologia e Política, Curitiba, n. 18, p. 49-71, jun. 2002.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, p. 103-107, jan./mar. 1997.

DRAIBE, S.; HENRIQUE, W. “Welfare State”, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 53-78, fev. 1988.

ESCOREL, S. Projeto Montes Claros – Palco e bandeira de Luta, experiência acumulada do Movimento Sanitário. In: TEIXEIRA, S. M. F. Projetos Montes Claros : A utopia revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 129-164.

GONZÁLEZ, T. Cambio del modelo de atención a la salud. In: MISOCZKY, Maria; BECH, Jaime. Estratégias de organização da atenção à saúde. Porto Alegre: DaCasa, 2002. cap.2.

HARTZ, Z. M. A., SILVA, L. M. V. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

LOCKS, M. T. R. Central de Marcação de consultas da Grande Florianópolis: um estudo de caso. 2002. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2002.

MAGALHÃES JR., H. M. O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2006.

MENEZES, V. Gestão, Políticas Públicas e Construção de Cidadania. In: MENEZES V. Gestão Democrática, Participação Popular e Políticas Públicas: A Experiência de Camaragibe. Recife: Bagaço, 2005.

MENICUCCI, T. M. G. Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento : Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. A Política de Regulação do Brasil. Brasília, 2006, v. 12.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Cepesc, Abrasco, 2006. cap . 3.

SANTOS, F. P. A regulação pública da saúde no Brasil: o caso da saúde suplementar. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

SANTOS, F. P., MEHRY, E. E. A regulação pública no estado brasileiro: uma revisão. Interface : COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO, Botucatu, vol. 9 , n. 18, p.25-41, jan./jun. 2006.

SAWYER, D. O. ALEXANDRINO, R., LEITE, I. C. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, p. 757 – 776, 2002.

TRAVASSOS, C. MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004.

UCHIMURA, K.Y. BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1561-1569, nov./dez. 2002.

VIANA, A. L. LIMA, L. D., OLIVEIRA, R. G. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.7,cap. 3, p. 493-507, 2002.

APÊNDICE A – Roteiro Semi - Estruturado

1. Qual seu entendimento sobre regulação em saúde?
2. Você conhece a Política Nacional/Estadual de Regulação?
3. O que são os complexos reguladores?
4. Qual (is) função (ões) tem os complexos reguladores?
5. Existem complexos reguladores em PE? Estão implantados e em funcionamento?
6. Como funcionam os complexos reguladores em PE?
7. Como estão montados e dispostos os complexos reguladores em PE?
8. O estado de PE tem monitorado e acompanhado a implantação dos complexos reguladores?