

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

Sem URL

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

CAPÍTULO 19 – A REGULAÇÃO EM SAÚDE

Luís Fernando Nogueira Tofani

Cirurgião-Dentista, Secretário de Saúde de Mauá / SP, Especialista em Saúde Coletiva – PUCCAMP e Gestão Pública – IG/UNICAMP, Mestrando Curso de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/ UNICAMP

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP

Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP

Guia do Capítulo

Objetivos

- Apresentar o conceito de Regulação
- Debater as dimensões da Regulação na Saúde: Sistêmica, da Atenção e do Acesso.
- Apresentar o Complexo Regulador como modelo organizativo
- Exemplificar com estudos de casos sobre regulação
- Problematicar as ações de Regulação não-estatal

Conteúdo Programático

1. Introdução
2. Conceito de Regulação
3. A Regulação na Saúde
4. Perspectivas e Desafios da Regulação na Saúde
5. Referências

Leitura Obrigatória

1. Mendonça CS, Reis AT, Moraes JC, organizadores. A política de regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. 116p.
2. Cecílio LCO, Carapinheiro G, Andreazza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. Cad. Saúde Pública. 2014; 30(7): 1502-14.
3. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no estado brasileiro – uma revisão. Interface (Botucatu). 2006; 19(10): 25-41.

Leitura complementar

1. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(2): 295-304.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.559, de 1 de agosto de 2008 [acesso 2015 jun 10]. Institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html

Atividade recomendada:

Identifique as diferentes dimensões da regulação presentes no contexto de trabalho em que você está inserido ou procure uma Unidade de Saúde para investigar.

1 – Introdução

Em um momento que os debates sobre o papel do Estado perante a sociedade, sua estrutura, dimensão e sua atuação crescem mediante forte viés neoliberal, é oportuno o aprofundamento do conhecimento sobre a regulação. O embate político-ideológico entre a relação estado-mercado, público-privado e entre as diversas possibilidades de organização que vão desde um estado forte-interventor a um estado mínimo é bastante atual. Neste capítulo, tratamos do conceito de regulação, em especial a regulação no setor saúde, suas dimensões, perspectivas e desafios no atual estágio de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil.

2 – Conceito de Regulação

O termo regulação pode ter vários significados ou conotações de acordo com o contexto que é empregado. Pelo dicionário regulação tem como significados: sujeitar a regras, dirigir, regrear, encaminhar conforme a lei, esclarecer e facilitar por meio de disposições, regulamentar, estabelecer regras para, regularizar, estabelecer ordem ou parcimônia em, acertar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, aferir, confrontar, comparar (Ferreira, 1988). Na teoria econômica a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir “falhas de mercado”, utilizando instrumentos como incentivos financeiros e de comando e controle, sendo que se encontra largamente utilizada na Administração Pública, nas Ciências Sociais e na Economia (Santos e Merhy, 2006). Um conceito ampliado de regulação pode ser o de um conjunto de ações meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos. De forma genérica, regulação abarcaria tanto o ato de regulamentar (elaborar leis, regras, normas, instruções), as próprias regulamentações, quanto as ações e técnicas que asseguram o cumprimento destas, como: fiscalização, controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações (Mendonça et al., 2006).

As políticas públicas constituem instrumentos para a atuação do Estado e a política social é central para a regulação estatal. Dessa forma, a política social como tipo particular de política pública promove a regulação entre Estado, economia e sociedade (Elias, 2004). Neste capítulo entendemos a regulação, de forma mais ampla, como a intervenção do Estado na economia e na atividade social com a finalidade de corrigir falhas de mercado e aumentar o bem-estar social, sem que necessariamente tal intervenção implique na produção direta de bens e serviços por instituições estatais (Gelís Filho, 2006).

3 – A Regulação na Saúde

A regulação no setor saúde, enquanto um conjunto de ações de diversos sujeitos sobre outros sujeitos sociais é uma ação complexa, de distintas qualidades que estão, invariavelmente, atravessadas por

múltiplos interesses e finalidades (Mendonça et al., 2006). Magalhães Júnior (2006) apresenta a questão da seguinte forma: 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. Uma das concepções ampliadas de regulação estatal no setor saúde, além da fiscalização e do controle, incorpora também, como de sua competência, a condução política, a análise de situação, o planejamento e a comunicação, confundindo-se, assim, como conceito de gestão (Mendonça et al., 2006).

Ainda, na área da saúde, a regulação além de se referir aos macroprocessos de regulamentação, também define os mecanismos utilizados na formatação e no direcionamento da assistência à saúde propriamente dita (Andreazzi, 2004). Desta forma, a regulação no setor saúde compreenderia tanto o ato de elaborar regulamentações facilitadoras ou limitadoras de determinados rumos da produção de bens e serviços de saúde, quanto as ações de fiscalização, controle, avaliação e auditoria que assegurem o cumprimento daquelas regulamentações (Mendonça, et al., 2006). Também a regulação em saúde é entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução, sendo o ato de regular constitutivo do campo da prestação de serviços, sendo exercido pelos atores ou instituições que proveem ou contratam serviços de saúde (Santos e Merhy, 2006).

Segundo a Política Nacional de Regulação, o objeto geral da regulação no setor saúde no Brasil é a produção de todas as ações de saúde e, em decorrência disto, tem como principais objetos: os estabelecimentos (incluindo estrutura física, equipamentos, profissionais, habilitação a graus de complexidade); as relações contratuais; o exercício das profissões de saúde; a oferta e a demanda por serviços; os protocolos assistenciais; os fluxos de atendimento; a produção, a venda, a incorporação e o uso de medicamentos, insumos e tecnologias; condições de trabalho e ambientes do setor saúde; além do controle e da avaliação sobre os custos e gastos em saúde (Mendonça et al., 2006). Desta forma, o SUS enquanto política pública no enfrentamento da exclusão social, ganha grande alento compondo um projeto para a área social centrado na distribuição de renda e articulador, pelo menos, das funções estatais na educação, na saúde e no saneamento básico, a fim de promover a aproximação entre as razões social e econômica, que significa resgatar a economia para o plano da política (Elias, 2004).

3.1 – Histórico e Marcos Legais

A regulação da saúde pelo Estado brasileiro tem a sua importância dada pelo modelo de prestação de serviços adotado ao longo do tempo (Santos e Merhy, 2006). Para facilitar a visualização cronológica dos marcos históricos e legais organizamos abaixo um quadro adaptado do caderno técnico Política de Regulação (Mendonça et al., 2006).

Quadro 1 – Controle, Avaliação, Auditoria e Regulação” do Estado, no Setor Saúde, no Brasil.

Período	Acontecimentos Relevantes	Conceitos, Práticas e Finalidades	Executantes
1978-1987	Reforma Previdenciária (1978)	Foco contábil-financeiro, controle e avaliação realizados a posteriori	INAMPS
	VIII Conferência Nacional de Saúde (1986)	Criação de ferramentas de controle ambulatorial e hospitalar	Ausência dos estados e municípios
1988-1990	Implantação do SUDS	Não ocorre a estadualização das ações de avaliação e controle com o SUDS	INAMPS Ausência dos estados e municípios
	Constituição Federal (1988)	Lei 8.080 pauta de forma genérica as atribuições das esferas de gestão nas ações de controle, avaliação, auditoria e regulação	
	Leis Orgânicas da Saúde: 8.080 e 8.142 (1988)	Lei 8.142 institui os Conselhos de Saúde como controladores e avaliadores das políticas, ações e serviços de saúde	
		Práticas de Controle e Avaliação permanecem sob controle do INAMPS	
1991-1993	NOB 91	NOB 91: Controle, fiscalização e avaliação da execução orçamentária dos recursos repassados pelo INAMPS, centrada em desempenho técnico, econômico e financeiro	INAMPS Atuação marginal de estados e municípios
	NOB 92	NOB 92: Controle dos serviços assistenciais pelos municípios, aos estados caberia controlar os serviços periodicamente e controlar o “controle municipal”. A União analisaria e corrigiria o sistema de avaliação e controle assistencial	
	Transferência de recursos financeiros a estados e municípios pelo INAMPS através de convênios e pagamento por produção	Manteve-se a fiscalização e o controle contábil pelo INAMPS	
		Início da implantação do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA	

1993-2000	Extinção do INAMPS	SNA com competências de controle, avaliação e auditoria em cada esfera de gestão	Ministério da Saúde
	Criação do Sistema Nacional de Auditoria – SNA	NOB 93: institui modalidades de gestão, transferência financeira fundo a fundo e comissões intergestores	Início da atuação de estados e municípios
1993-2000	NOB 93	NOB 96: institui a gestão plena e como requisitos a capacidade de contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento	Ministério da Saúde
	NOB 96	Início das ações de controle pelos municípios e estados ainda com a visão contábil e financeira do INAMPS	Início da atuação de estados e municípios
	Criação da ANVISA (1998)		
	Criação do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde – SNVS (1999)		
2000-2002	Criação da ANS (2000)	Início das atividades de controle da Saúde Suplementar pela ANS	Ministério da Saúde
	NOAS 2001	Auditoria desvincula-se da Avaliação e Controle	ANVISA
	NOAS 2002	Formulação preliminar da política de avaliação, controle e regulação	ANS Estados Municípios
2003-2015	Implantação do SAMU (2003)	Implantação das Centrais de Regulação de Urgência (SAMU)	Ministério da Saúde, estados e municípios de forma cooperativa e solidária
	Pacto pela Saúde 2006	Fortalecimento da diretriz da Regionalização	
	Política de Regulação (2008)	Implantação dos Colegiados de Gestão Regional (CGR)	
	Decreto 7.508/2011	Conceitos de Regulação do Sistema, da Atenção e do Acesso	
2003-2015	Lei 12.401/2011	Diretrizes para implantação dos Complexos Reguladores	Ministério da Saúde, estados e municípios de forma cooperativa e solidária
		Regulamentação da Lei 8.080/90	
		Criação da CONITEC e regulamentação da incorporação de tecnologias no SUS	
		Conceito das Redes de Atenção à Saúde	

Fonte: Adaptado de Mendonça et al., 2006.

As ações de regulação da saúde no Brasil, para que sejam efetivadas no âmbito nacional, passam por um posicionamento político fundamental, se fazendo necessária a conscientização de que estas ações trazem um ganho expressivo para o Sistema Único de Saúde – SUS, pois elas reforçam e qualificam as funções de gestão, otimizam os recursos de custeio da assistência, qualificam o acesso e, consequentemente, proporcionam aos usuários do SUS uma melhor oferta das ações governamentais voltadas à saúde (Brasil, 2006).

3.2 – Dimensões da Regulação

A partir da edição da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2008), a regulação da saúde passou a ser compreendida em três dimensões necessariamente integradas entre si: Regulação do Sistema de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência.

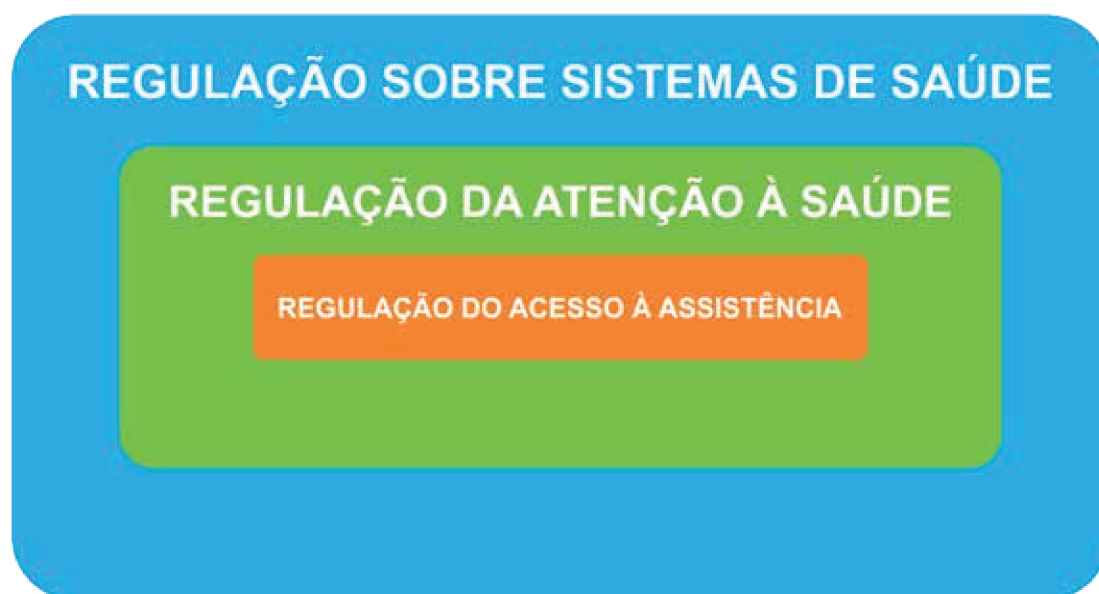


Figura 1 – Dimensões da Regulação em Saúde
Fonte: Mendonça et al., 2006.

A seguir transcrevemos em quadros o detalhamento de cada dimensão, conforme descrito na Portaria MS/GM 1.559/2008.

3.2.1 – Regulação do Sistema de Saúde

Quadro 2 – Regulação do Sistema de Saúde

REGULAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE		
Objeto	Sujeitos	Ações
Sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde	Gestores públicos das esferas nacional, estadual e municipal	Elaboração de decretos, normas e portarias que dizem respeito às funções de gestão
		Planejamento, Financiamento e Fiscalização de Sistemas de Saúde
		Controle Social e Ouvidoria em Saúde
		Vigilância Sanitária e Epidemiológica
		Regulação da Saúde Suplementar
		Auditoria Assistencial ou Clínica
		Avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008.

3.2.2 – Regulação da Atenção à Saúde

Quadro 3 – Regulação da Atenção à Saúde

REGULAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE		
Objeto	Sujeitos	Ações
Produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, garantindo-se a adequada prestação de serviços à população	Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde	Cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde
		Cadastramento de usuários do SUS
		Contratualização de serviços de saúde
		Credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde
		Elaboração e incorporação de protocolos de regulação de fluxos assistenciais
		Supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar
		Programação Pactuada e Integrada – PPI
		Avaliação analítica da produção
		Avaliação do desempenho dos serviços, da gestão e da satisfação dos usuários
		Avaliação das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde
		Avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde
		Utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, produção e regulação do acesso

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008.

3.2.3 – Regulação do Acesso

Quadro 4 – Regulação do Acesso ou Assistencial

REGULAÇÃO DO ACESSO ou ASSISTENCIAL		
Objeto	Sujeitos	Ações
Organização, controle, gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais	Gestores públicos exercendo sua autoridade sanitária	Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências
		Controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados
		Padronização das solicitações por meio de protocolos assistenciais
		Estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008.

3.3 – O Complexo Regulador como modelo organizativo

Como proposta operacional para o fortalecimento da regulação como estratégia de gestão do SUS, a Política Nacional de Regulação propõe a organização de Complexos Reguladores (Brasil, 2008). Os complexos reguladores devem ser implementados de acordo com os Planos Diretores de Regionalização e seus desenhos das Redes de Atenção Básica, Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar e Atenção às Urgências (Mendonça et al., 2006).

O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre os gestores, conforme os seguintes modelos: Complexo Regulador Estadual, Complexo Regulador Regional ou Complexo Regulador Municipal (Brasil, 2008). É composto por uma ou mais estruturas denominadas Centrais de Regulação, que compreendem toda a ação meio do processo regulatório, isto é, recebem as solicitações de atendimento, processam e agendam. As Centrais de Regulação atuam em áreas assistenciais inter-relacionadas como a assistência pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência, as internações, além das consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade (Brasil, 2006) e são classificadas em: I – Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso a todos os procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais; II – Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos

procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e III – Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência (Brasil, 2008).

A operacionalização das Centrais de Regulação que integram um Complexo Regulador deve ser instrumentalizada por ferramentas como cotas, protocolos, cadastros, procedimentos de autorização e sistemas de informação, além de recursos humanos e estrutura física adequadas para garantia da ação regulatória (Brasil, 2006) conforme descrito no quadro 5.

Quadro 5 – Ação Regulatória

PROCESSOS DE TRABALHO DA AÇÃO REGULATÓRIA
O levantamento e distribuição de cotas de procedimentos realizados pelos estabelecimentos executantes para os estabelecimentos solicitantes.
A busca e disponibilização de leitos hospitalares.
O processo de autorização prévio à execução da ação ou serviço de saúde.
A execução da ação regulatória feita por profissional competente, capaz de análise crítica e discernimento que o conduzam às decisões baseadas nas evidências.

Fonte: Brasil, 2006.

Apesar do investimento e prioridade definidos pelo Ministério da Saúde através de recursos financeiros para a implantação e para o custeio dos Complexos Reguladores, instrumentos para operacionalização dos Complexos Reguladores e programa de capacitação permanente de recursos humanos (Brasil, 2006a), centrais informatizadas e articuladas com as centrais de urgência ainda são iniciativas pontuais, isoladas, não se constituindo até o momento de forma sistêmica (Santos e Merhy, 2006). Entretanto, as Centrais de Regulação são espaços privilegiados para observação do sistema, podendo realizar ações efetivas e ágeis, facilitando o acesso aos serviços e propiciando um canal sensível para o atendimento das demandas de saúde da população (Gawryszewski et al., 2012).

3.4 – Estudos de Casos

A título de exemplo, apresentamos a seguir sínteses de estudos de casos realizados respectivamente nos municípios de Guarulhos em São Paulo, Londrina e a Macro Norte no estado do Paraná. Nas três pesquisas evidencia-se a importância do agir na micropolítica dos profissionais da saúde que em seu espaço de trabalho operam ações regulatórias.

3.4.1 – Guarulhos (SP)

Foi realizada uma análise da construção e implantação dos processos regulatórios em saúde no município de Guarulhos e suas implicações na organização da rede de serviços, no acesso da população aos serviços e na gestão do cuidado. Observou-se a necessidade de ampliar o diálogo entre a regulação, outros serviços e profissionais da rede no campo da micropolítica das organizações e da produção do

cuidado. Reconhecer que a organização da assistência é produto da interação entre os atores sociais e políticos envolvidos no ato do cuidado é um importante passo na busca da integralidade. Para ampliar a possibilidade de resposta às necessidades do usuário é necessário buscar dispositivos de cogestão que propiciem espaços permanentes de diálogo e identifiquem potencialidades para novos arranjos (Gianotti, 2013).

3.4.2 – Londrina (PR)

Analizou-se um arranjo da gestão municipal para a produção do cuidado implantado por meio da regulação assistencial com o objetivo de enriquecer as reflexões sobre o tema. Como resultado destaca-se um conceito de rede viva, produzida ativamente pela construção de relações entre os trabalhadores dos diferentes serviços. Destacam-se as ações de apoio ao cuidado produzido pelas equipes, com base na regulação assistencial e na gestão dos processos de trabalho. Os resultados foram expressivos na qualificação do cuidado, na redução das filas às especialidades e na satisfação dos profissionais. Como marca do processo, evidencia-se a necessidade de enriquecer, em ato, os saberes técnicos com as tecnologias leves e os saberes produzidos em movimentos ativos da gestão para a produção do cuidado (Baduy et al., 2011).

3.4.3 – Região Macro Norte (PR)

O objetivo desse estudo foi analisar a regulação do acesso à assistência, através da central de regulação de leitos da macrorregião do norte do Estado do Paraná (Macro Norte). Durante o ano de 2011 foram levantados dados quantitativos do cadastro da Macro Norte, nos quais constaram: município solicitante, município e regional executante, acomodação usada, acesso realizado. Verificou-se nessa abordagem que 11% dos casos cadastrados não foram regulados, para os casos regulados foi negado o acesso pelos prestadores à 35%, e pode-se constatar que o desempenho e a ocupação de leitos foram diferentes para cada regional de saúde. A segunda parte dessa pesquisa foi qualitativa e consistiu em entrevistas junto aos gestores municipais e estaduais da Macro Norte, através de questões semi estruturadas que abordaram os problemas enfrentados para promoção do acesso. Constatou-se a falta de recursos para o setor, fragilidade nos contratos com os prestadores e gestores, dificuldades para organizar a rede de assistencial, entre outros. Conclui-se, que a Macro Norte vem atendendo aos propósitos de suprir a demanda de forma espontânea ao garantir o acesso do usuário no momento da urgência. O sistema, no entanto, não apresenta desempenho máximo e otimizado por estar obstruído por problemas organizacionais e estruturais que fogem da alçada técnica e que são influenciados por características políticas e culturais nacionais (Buges, 2014).

3.5– A Regulação não governamental

Obviamente, os governos têm uma importante e intransferível função de regular o setor saúde em seus vários aspectos de gestão, prestação da assistência, financiamento e administração. Comumente, seus objetivos são limitar custos, evitar excesso de oferta e prevenir ou monitorar a má prática. Estabelecer padrões mínimos para habilitação profissional, para o funcionamento de serviços e da atenção à saúde são ações normalmente exercidas (Brasil, 2007). Mas a capacidade estatal de controle e regulação sobre os condicionantes, determinantes e as ações e serviços de saúde não é absoluta.

Para além da regulação governamental, há outras lógicas regulatórias operando, o que resulta em complexa trama de interações, complementaridades, disparidades e contrastes, mas também disputas de sentidos e modos de se fazer a regulação (Cecílio et al., 2014). Estudo realizado com usuários da saúde suplementar no município de Florianópolis (SC) com necessidades de saúde nas áreas de cuidado cardiovascular, oncológico, saúde mental e obstétrico demonstrou a procura e o uso de recursos nos subsistemas de saúde profissional, informal e popular, sendo os dois últimos importantes em oncologia e saúde mental, além do uso combinado de serviços públicos e da assistência suplementar no cuidado cardiovascular e oncológico (Conill et al., 2008).

Tudo isso nos leva a considerar que a regulação do acesso e consumo dos serviços de saúde, muito mais do que uma atividade burocrático-administrativa, da esfera ou competência governamental, é uma produção social, resultante da ação de uma multidão de atores sociais (Cecílio et al., 2014). Diversos arranjos se estabelecem no cotidiano assistencial dos usuários quando procuram superar lacunas do acesso e da integralidade da atenção através de suas próprias escolhas, caminhos ou estratégias (Conill et al., 2008).

Em pesquisa que teve como objetivo caracterizar que outras lógicas de regulação, para além da governamental, resultam na produção do cuidado, foram identificados quatro regimes de regulação (governamental, profissional, clientelístico e leigo), indicando que a regulação é campo em permanente disputa, é uma produção social (Cecílio et al., 2014). Estes regimes estão detalhados no quadro 6.

Quadro 6 – Regimes de Regulação

REGIMES DE REGULAÇÃO	ATORES	CONTROLE DE RECURSOS	MODOS DE OPERAÇÃO
REGULAÇÃO GOVERNAMENTAL	Gestores, equipes de regulação e formuladores da política	A autoridade formal de legislar, de normalizar, de alocar recursos visando, por exemplo, à ampliação de oferta, seja via contratação de pessoal, seja pela compra de serviços do setor privado. No limite, tem autoridade para a intervenção em serviços privados (desapropriações, intervenções administrativas, outros) alegando-se a defesa de direitos públicos.	1. Regulação governamental burocrática (vertical, normativa, (centralizada): atua segundo os princípios burocráticos de autoridade legítima, competência técnica, comunicação formal, impessoalidade, segundo as definições weberianas de burocracia.

REGULAÇÃO GOVERNAMENTAL	Gestores, equipes de regulação e formuladores da política		2. Regulação governamental negociada (pactuada, descentralizada, com compartilhamento e responsabilidades): atua segundo os princípios do agir comunicativo, adotando regras flexíveis e contratualizadas entre os vários atores.
REGULAÇÃO PROFISSIONAL	Médicos e outros profissionais de saúde	Os contatos pessoais;	Burocrático: subordina-se à regulação formal, desobriga-se, atua como operador das regras governamentais. O profissional como “agente” ou operador da regulação governamental.
		O “controle do carimbo” no caso dos médicos;	Criativo: aprende a usar e “flexibilizar” as regras da regulação formal a depender do que ele avalia serem as necessidades do usuário. Produz regras informais.
		O poder legal-formal de encaminhar.	Independente: aquele que “corre por fora” do sistema formal, usa contatos pessoais, faz prevalecer a inserção profissional sobre a institucional, porque é na sua comunidade profissional alargada que encontra o principal sistema de referência para o seu agir profissional.

REGULAÇÃO CLIENTELÍSTICA	Políticos ocupantes de cargos eletivos, dirigentes de entidades de classe ou grupos de interesse e conselheiros de saúde das instâncias formas de controle social do SUS	Apoio político ou oposição, sendo o voto a moeda de troca, seja para obtê-lo dos potenciais eleitores nos processos eleitorais, seja para apoiar projetos do executivo que dependem do poder legislativo para aprovação de seu orçamento e de seus projetos. Por isso, seus atores mais reconhecidos são os membros dos legislativos locais: os vereadores.	Pressão e barganha: a troca é muito clara e direta, ou seja, acesso aos serviços em troca de votos. Nele, também poderemos ver diferentes modos de composição com o regime de regulação governamental, em particular sua flexibilização ou “agilização”, e com o regime de regulação profissional.
REGULAÇÃO LEIGA	Usuários, cuidadores informais, familiares, parentes, vizinhos e amigos, pessoas vivendo problemas de saúde que recorrem aos recursos disponibilizados pelo SUS ou pela saúde suplementar	Cognitivos: todas as formas de conhecimento que esses atores adquirem por meio do saber baseado na experiência e submetido a processos de constante reflexividade, de caráter informal, de natureza objetiva e articulado a diferentes âmbitos locais, ganhando cumulatividade ao longo das diferentes fases do ciclo de vida – a importância dos espaços e dos tempos. Mas também de natureza subjetiva, na medida em que a interiorização de todas essas formas de saber, baseado na experiência, dá origem à construção de vários projetos de identidade como usuário.	Estratégias de tentativa/ erro: por experimentação sucessiva, por obtenção de contatos estratégicos, por criação de vínculos, por localização de pontos de conexão e por identificação de linhas de fuga;

REGULAÇÃO LEIGA	Usuários, cuidadores informais, familiares, parentes, vizinhos e amigos, pessoas vivendo problemas de saúde que recorrem aos recursos disponibilizados pelo SUS ou pela saúde suplementar	Relacionais: composição e dimensão das redes de parentesco; composição e dimensão das redes sociais de vizinhança; a pertença e o agir nas redes sociais de influência: as redes de relações profissionais; as redes de sociabilidades à volta das crenças e dos cultos (religiosos, espirituais etc.), à volta das filiações e militâncias partidárias; à volta dos círculos de convívio em festividades públicas, em festas nas famílias e nas comunidades. Os sistemas de referência mais valorizados por usuário (as referências profissionais, as referências do mundo da vida dos usuários – as suas mundividências e as suas multividências).	Apropriação de conhecimento formal/científico: utiliza literatura de divulgação de conhecimento médico e de aconselhamento de saúde, consulta a Internet, descobre fontes de informação etc.;
		Econômicos: rendimentos, salários, pensões, empréstimos e outras formas de aquisição de dinheiro que permitam aceder e/ou comprar os bens de saúde, públicos ou privados, de caráter mais ou menos mercantil, desde os planos de saúde, os medicamentos, as consultas, as cirurgias, os exames etc.	Instrumentalização dos conhecimentos adquiridos pelos modos/vias anteriores; produz referências próprias em alternativa às referências padronizadas; inventa agenciamentos alternativos aos formalmente propostos; organiza formas de circulação imprevisíveis;

REGULAÇÃO LEIGA	Usuários, cuidadores informais, familiares, parentes, vizinhos e amigos, pessoas vivendo problemas de saúde que recorrem aos recursos disponibilizados pelo SUS ou pela saúde suplementar	Produção de uma racionalidade alternativa à racionalidade médica: faz diagnósticos; reconhece necessidades; posiciona-se diante das prescrições terapêuticas; avalia a relação terapêutica; avalia o desempenho profissional e o julga de acordo com as suas referências e os seus critérios; faz propostas, elabora sugestões e organiza encaminhamentos para evitar demoras, para ultrapassar bloqueios, para circular mais rapidamente.
-------------------------------	--	---

Fonte: Adaptado de Cecílio et al., 2014.

Desta forma fica clara a regulação como uma produção social, não estritamente pública e estatal. Com o seu agir, os usuários produzem mapas de cuidado que nos indicam como há outros arranjos possíveis de sistemas de saúde, representando um convite para experimentarmos a cogestão do cuidado entre equipes e usuários, como caminho promissor para a inadiável necessidade de reinvenção da saúde (Cecílio et al., 2014).

3.6 – Perspectivas e Desafios da Regulação em Saúde

Existem inúmeros desafios na implementação da regulação pública, entre eles a sua finalidade, ou quem seria o beneficiário desta ação. O pressuposto da regulação pública nem sempre comanda e define a ação (Santos e Merhy, 2006). Ainda, questões estruturais ou processuais podem impactar nos resultados: infraestrutura assistencial deficitária, fragilidade das pactuações entre os gestores e com os prestadores, fragilidade das redes de atenção à saúde, atuação da regulação na promoção do acesso e interferências nas ações regulatórias (Buges, 2014).

Entretanto, a regulação, ao garantir o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função. Promove, assim, a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime e ordenada (Santos e Merhy, 2006). Entendendo a regulação como estratégia de gestão potente para garantia do direito à saúde, ainda há um longo percurso para sua consolidação no SUS. Na dimensão da macropolítica o fortalecimento do Estado e sua estruturação para a ação regulatória são essenciais. Já na micropolítica, há necessidade de ações comunicativas permanentes envolvendo todos os atores sociais envolvidos nos processos regulatórios e na produção do cuidado em saúde.

Curiosidade:

Assista aos vídeos:

<https://www.youtube.com/watch?v=QkVQNUa7fjw>

<https://www.youtube.com/watch?v=pMM5B3A3XZY>

<https://www.youtube.com/watch?v=JUHOvLecyXo>

<https://www.youtube.com/watch?v=pMM5B3A3XZY>

<https://www.youtube.com/watch?v=JUHOvLecyXo>

<https://www.youtube.com/watch?v=pMM5B3A3XZY>

<https://www.youtube.com/watch?v=JUHOvLecyXo>

4 – REFERÊNCIAS

- Andreazzi MFS. Mercado de saúde suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004. p.121-46.
- Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. Cad Saúde Pública. 2011; 27(2): 295-304.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Ciência e Tecnologia em Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2007. 166p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para a Implantação de complexos reguladores. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 68p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 1.559, de 1 de agosto de 2008 [acesso 2015 jun 10]. Institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde – SUS [internet]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
- Buges AFC. Estudo qualitativo e quantitativo do fluxo de acesso à assistência à saúde através da central de regulação de leitos de macrorregional do norte do estado do Paraná [dissertação]. Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2014.
- Cecílio LCO, Carapineiro G, Andreazza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. Cad Saúde Pública. 2014; 30(7): 1502-14.
- Conill EM, Pires D, Sisson MC, Oliveira MC, Boing AF, Fertonani HP. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. Ciên Saúde Colet. 2008; 13(5): 1501-10.
- Elias PE. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. São Paulo Perspect. 2004; 18(3): 41-6.
- Ferreira ABH. Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1988.
- Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. Physis. 2012; 22(1): 119-40.
- Gelis Filho A. Análise comparativa do desenho normativo de instituições reguladoras do presente e do passado. Rev Adm Pública. 2006; 40(4): 589-613.

- Gianotti EM. A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2013.
- Magalhães Junior HM. O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2006.
- Mendonça CS, Reis AT, Moraes JC, organizadores. A política de regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006. 116p.
- Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no estado brasileiro – uma revisão. Interface (Botucatu). 2006; 19(10): 25-41.