

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - UFMT
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA - ISC
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

**O COMPLEXO REGULADOR COMO INSTRUMENTO DE
GESTÃO DO SUS EM MATO GROSSO:
UM ESTUDO DE CASO**

WANESSA REZENDE SOUSA

**Cuiabá-MT
2008**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO - UFMT
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA - ISC
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

**O COMPLEXO REGULADOR COMO INSTRUMENTO DE
GESTÃO DO SUS EM MATO GROSSO: UM ESTUDO DE
CASO**

WANESSA REZENDE SOUSA

Trabalho de Monografia apresentado como requisito para obtenção do Título de Especialista em Gestão Pública em Saúde, curso coordenado pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso.

Orientadora: Profª Drª Márcia Lotufo

**Cuiabá –MT
2008**

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Pedro Junior pelo seu amor, pelas palavras carinhosas de incentivo e compreensão;

Aos filhos Matheus e Lucas bênçãos de Deus para mim, pelos momentos que não pude estar perto compartilhando de momentos felizes;

À minha mãe Eliana, e irmã Nara pelo apoio a todos os momentos que necessitei;

Por terem dedicado suas vidas a mim, pelo amor, carinho, estímulo que me ofereceram, dedico-lhes essa conquista como gratidão.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho a Deus, pela companhia nos momentos de alegria e pelo amparo imprescindível nos momentos de dificuldades;

Agradeço a ajuda prestimosa de minha orientadora Prof^a Dr^a Márcia Lotufo pela paciência e carisma com que sempre me acolheu, e pela incansável dedicação;

Aos professores que contribuíram para meu aprendizado, cada um a seu modo;

As minhas colegas em especial as colegas (Márcia Soares, Oriana Flutuoso) pelo apoio e incentivo durante esta longa caminhada.

RESUMO

O Complexo Regulador é uma ferramenta de ação regulatória, considerando a prerrogativa do gestor quanto à organização e a normatização do sistema, constitui-se num poderoso instrumento de intervenção na realidade sanitária, permitindo às instâncias de gestão (federal, estadual e municipal) regularem o perfil assistencial mais adequado às necessidades de saúde, trata-se de instrumento de gestão que aponta, de forma sistematizada, pontos de estrangulamento para a consolidação do acesso às tecnologias de saúde existentes de forma mais equitativa e justa para a população. Os objetivos deste estudo foram analisar se o Complexo Regulador de Mato Grosso vem sendo adotado como instrumento de gestão do SUS/MT, caracterizar o perfil dos gestores do Complexo Regulador, analisar se as informações geradas pelo Complexo Regulador estão sendo usadas na tomada de decisão pelos gestores, conhecer a importância do Complexo Regulador para os gestores na gestão, identificar as dificuldades encontradas na gestão do Complexo Regulador. As bases teóricas da investigação constituíram-se das Normas Operacionais de Assistência à Saúde e Normas do Ministério da Saúde. Adotamos como método à pesquisa exploratória de cunho qualitativo, foi utilizado como técnica para coleta de dados a entrevista não estruturada, foram sujeitos do estudo 09 gestores que atuam no Complexo Regulador o cenário foi a Central de Regulação Estadual e Central de Regulação do município de Cuiabá. O estudo mostrou que a CR não tem conseguido atender a sua demanda pela não disponibilidade de profissionais, procedimentos e prestadores para algumas Especialidades Médicas, sobretudo Alta Complexidade, se observa também uma série de dificuldades como os protocolos, fluxo, prioridades e critérios além da judicialização e urgencialização do atendimento. Isso põem em xeque a questão da operacionalização do conceito de equidade, um dos pilares que sustentam o sistema de saúde fundamentado nos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, propostos pelo SUS. Acreditamos que a centralização e a existência de critérios e de uma orientação mais uniforme para toda a rede, definindo claramente os fluxos dentro do sistema, interfiram positivamente na dimensão organizativa da acessibilidade e na equidade.

Palavras – chave: Complexo Regulador; Equidade em Saúde; Instrumento de Gestão.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	06
2 OBJETIVO.....	09
2.1 Objetivo Geral.....	09
2.2 Objetivos Específicos.....	09
3 JUSTIFICATIVA.....	10
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
4.1 Considerações sobre Regulação em Saúde.....	11
4.2 Conceitos de Regulação segundo o Ministério da Saúde.....	13
4.3 Caracterização do Complexo Regulador de MT.....	14
4.3.1 Regionalização e Organização da Assistência.....	15
4.3.2 Estrutura do Complexo Regulador.....	18
4.3.3 Caracterização operacional de um sistema de regulação.....	19
4.3.4 Modelo Operacional do Complexo Regulador.....	21
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	23
5.1 Tipo de Estudo.....	23
5.2 Técnicas de Coleta de Dados.....	23
5.3 Delimitação do Campo de Coleta de Dados.....	23
5.4 Fonte de Coleta de Dados.....	24
5.5 Análise dos Dados.....	25
5.6 Questões Éticas.....	25
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	27
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
APÊNDICES.....	37

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) se destaca como a maior política de inclusão social do país, necessitando da efetividade de políticas públicas específicas e intersetoriais para assegurar a cobertura universal e equânime da promoção, da proteção e da recuperação da saúde da população. Essas políticas são levadas a cabo por meio da aplicação eficiente dos recursos, da eficácia das ações realizadas e, essencialmente, da estruturação da gestão de um novo processo de trabalho em saúde.

A regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 foi um desdobramento dos princípios constitucionais, tendo como objetivo organizar em todo território nacional as ações e serviços de saúde de maneira a garantir a igualdade e universalidade do acesso de forma regionalizada e hierarquizada, obedecendo às diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. Dessa maneira, pode-se dizer que a implantação do SUS vem sendo orientada pelas Normas Operacionais Básicas (NOB), sendo que a primeira NOB foi instituída em 1991 – NOB/SUS/91, seguidas pelas NOB/SUS/92.

As NOBS trouxeram avanços significativos para implementação dos princípios do SUS, por exemplo, com relação à regulação da assistência a saúde, a NOB/SUS/93, já tratava de implantações de Centrais de Regulação, contudo ainda não definida uma estratégia que levasse em conta todo o Sistema Único de Saúde. A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS/01) trouxe uma melhoria expressiva em relação à regulação, com relação à Regulação Assistencial como uma estratégia de intermediação do acesso dos usuários aos serviços de saúde e garantia dos fluxos intermunicipais.

O Sistema de Regulação Assistencial deve ser entendido como uma das funções de fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, pois é o mecanismo que permite ao Estado aperfeiçoar a rede de serviços e garantir o acesso à atenção integral.

Para Mendes (2002), regulação estatal dá-se quando o Estado, investido de seu papel de mediador coletivo, exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde no sentido do cumprimento de seus objetivos e para definir, implementar e avaliar as “regras” do jogo destes sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais em situação e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população.

A NOAS/01 define a regulação assistencial como a “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, que “deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários” (BRASIL, 2002). Tais assertivas delimitam claramente a regulação do acesso dos usuários aos serviços assistenciais.

Responder às necessidades em saúde não é tarefa direta da regulação, pois a regulação é um conjunto de ações - meio que facilitam ou dificultam os rumos da produção das ações de saúde nos diversos níveis da atenção que pode contribuir para esta resposta. Cabe a política de atenção à saúde responder às necessidades em saúde de forma integral, entretanto, uma política de regulação que busca o cuidado integral deve interagir com a política de atenção à saúde, com seu modelo de atenção, com suas portas de acesso, com os modos de organizar seus níveis de complexidade e de produzir suas ações, na busca da integralidade.

Com a implementação do SUS, houve um aumento de cobertura (oferta) da atenção básica e uma inadequação de oferta na atenção de média e alta complexidade, inadequação é o que melhor caracteriza o quadro atual, pois ocorre tanto uma demanda artificial pelos serviços de maior complexidade (encaminhamentos inadequados entre os níveis da rede), quanto estrangulamento de oferta em algumas áreas (baixo investimento ou não disponibilização da capacidade instalada). Por outro lado, a oferta de serviços pelos prestadores (privados e públicos), segundo seus interesses, não só demarca a produção existente (em excesso para alguns procedimentos e insuficiência de outros), quanto pode responder e estimular a demanda artificial (DERAC, 2004).

A Política de Regulação da Atenção à Saúde, para criar as condições de resposta às necessidades reais por serviços de saúde deve enfrentar a questão da demanda real / demanda artificial, considerando a oferta potencial / oferta existente. Uma estratégia para regular a oferta e a demanda em saúde é a constituição de Complexos Reguladores (DERAC, 2004).

Assim, a constituição de Complexos Reguladores permite, aos gestores, articular e integrar dispositivos de regulação do acesso como Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com outras ações da Regulação da Atenção à Saúde. O complexo regulador deve contemplar a concepção de hierarquia e território, tanto para a utilização de procedimentos/internações, quanto na alocação de Unidade/Centrais de Regulação, conformando em cada macrorregião um Complexo Regulador que será articulado em rede por todo o Estado (DERAC, 2004).

A Central de Regulação ainda pode ser definida como um serviço criado pelo SUS com o objetivo de agilizar e administrar melhor o acesso dos usuários a consultas especializadas, exames, internações e outros, desta forma, buscando garantir maior facilidade na utilização do SUS e mais eficiência no atendimento.

Em Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, tem uma Central de Regulação que vem operando desde 2002 num sistema de co-gestão entre Município e Estado com uma ampla abrangência, pois regula a maioria dos serviços assistenciais, e é referência para 141 municípios do Estado. Apesar dessas características, se observa a persistência de problemas importantes no sistema de saúde como demanda maior que a oferta de serviço gerando filas de espera e descontentamento pelos usuários. Ainda que não seja papel dos complexos reguladores resolverem problemas do sistema de saúde, elas têm uma importante função de cumprir na regulação da oferta de serviços através da organização da oferta, bem como de monitoramento das reais condições do sistema de saúde Estadual, apesar disso, acredita-se que os gestores não têm conseguido “aproveitar” as informações geradas pelo Complexo Regulador como instrumento de gestão do SUS/MT.

Desta forma, indaga-se: Os Gestores estão utilizando o Complexo Regulador como instrumento de Gestão? Como os gestores estão utilizando as informações dos Complexos Reguladores para tomada de decisão? Quais as estratégias utilizadas pelos Gestores para tomada de decisão?

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral:

Analisar se o Complexo Regulador de Mato Grosso vem sendo adotado como instrumento de gestão do SUS/MT.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil dos gestores do Complexo Regulador.
- Analisar se as informações geradas pelo Complexo Regulador estão sendo usadas na tomada de decisão pelos gestores.
- Conhecer a importância do Complexo Regulador para os gestores na gestão.
- Identificar as dificuldades encontradas na gestão do Complexo Regulador.

3 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa servirá como subsídio teórico para gestores, técnicos e profissionais envolvidos com a formulação da política de Saúde em Mato Grosso, e também servirá como referência nos estudos sobre a questão do SUS na região, e também terá como utilidade prática pela análise da discussão de gestão do SUS, que pode servir como um guia para o aperfeiçoamento tanto institucional como na qualificação da gestão do SUS em Mato Grosso.

A configuração final deste estudo apresenta disposto em três capítulos, a saber:

- No Capítulo I introduziu-se o tema discorre-se sobre a organização do SUS e apresentou-se o Estado da Arte deste tema: Complexo Regulador, Regulação do acesso aos serviços de saúde e Regulação da Assistência.
- No capítulo II apresentou-se o percurso metodológico que foi utilizado para atingir os objetivos propostos.
- No capítulo III apresentou-se a Análise e Discussão dos Resultados através das falas dos gestores, pautada no referencial teórico adotado.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo mostra as teorias de base que dão suporte a esta pesquisa, a partir de algumas considerações sobre os conceitos relacionados à Regulação do SUS, Regulação da Assistência a Saúde no Sistema Único de Saúde brasileiro, preconizado pelo Ministério da Saúde (MS).

4.1 Considerações sobre Regulação em Saúde

O termo “regulação” é freqüentemente usado quando se refere a serviços que funcionam sob concessão do Estado para suprir necessidades da população. Atualmente existem diversas agências reguladoras nos setores de energia elétrica, petróleo, saúde suplementar e outros. Regulação pressupõe a existência de um sistema cujo funcionamento seja regulado a partir de regras e parâmetros acordados entre as partes executoras e reguladoras. Estes parâmetros podem estar relacionados à satisfação do consumidor ou ao atendimento das necessidades mais prementes de uma população (SILVA, 2004).

Para melhor compreensão destaca-se o conceito de Regulação utilizado pela SAS Secretaria de Assistência à Saúde em sua apresentação:

“Compreende a concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, fazendo-o de forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo” (DERAC, 2004).

Segundo Arretche (2003), os governos, nos três níveis da federação, devem ter autoridade sobre os prestadores de serviços públicos e privados, regulando suas atividades, de modo a garantir que os cidadãos tenham um atendimento de qualidade, gratuitamente, e que os prestadores sejam eficientes, de modo a reduzir os custos de operação do sistema. A atuação do Estado como regulador ocorre nos mais variados campos da saúde, tais como

produção de medicamentos e insumos estratégicos, contratação de serviços assistenciais, aspectos ambientais entre outros.

Barreto (2004) destaca a ampliação dos papéis do Estado na elaboração de políticas e na regulação de uma série de parâmetros da vida social. Segundo o autor, é função do Estado moderno regular e monitorar os efeitos adversos de uma série numerosa e complexa de exposições naturais ou artificiais, diretamente relacionadas ao sistema de saúde (medicamentos, vacinas, equipamentos, serviços, etc.) ou que podem ter implicações na saúde dos indivíduos ou populações. Além disso, cabe ao Estado regular os meios de acesso da população às ações e serviços de saúde.

Castro (2002) ao analisar conceitos de economia e sua aplicação na área da saúde, afirma que as falhas de mercado que ocorrem nesta área justificam o papel do Estado como regulador da prestação de serviços assistenciais à população. A gestão econômica de serviços assistenciais, públicos ou contratados, constituem uma das atribuições cruciais dos gestores de saúde no país, não só na área pública, mas também no campo da saúde suplementar.

A expectativa de vida da população aumenta à medida que são feitos investimentos em melhorias das condições sanitárias, e avanços tecnológicos são implementados proporcionando novas possibilidades de tratamento de doenças crônico-degenerativas. Se, por um lado, este fato é extremamente positivo para todos nós, não deixa de ser uma preocupação dos gestores de saúde, uma vez que o aumento das necessidades normalmente não é acompanhado por um proporcional aumento dos recursos.

Nunes et al.in Silva (2004) afirmam que a regulação na área da saúde é um pouco diferente da regulação em outros setores da atividade econômica, pois não é apenas uma regulação econômica, mas acima de tudo uma regulação social. Além dos aspectos econômicos, a regulação em saúde busca garantir a equidade do acesso, impedindo que pacientes com patologias mais graves sejam expurgados do sistema, garantir a privacidade dos pacientes, garantir o direito à informação, etc.

4.2 Conceitos de Regulação segundo o Ministério da Saúde

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2002), documento do Ministério da Saúde que fornece as diretrizes para assistência à saúde pelo SUS, estabelece três estratégias integradas de ação:

- a) regionalização e organização da assistência;
- b) fortalecimento da capacidade de gestão do SUS;
- c) revisão dos critérios de habilitação de municípios e estados.

Para que os municípios e estados sejam habilitados às modalidades de gestão previstas na NOAS (BRASIL, 2002), é preciso que neles estejam organizadas estruturas de controle, regulação e avaliação de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as alternativas e serviços necessários para a resolução dos seus problemas de saúde.

É afirmado que a regulação tem como objetivos: oferecer a melhor alternativa assistencial para a demanda do usuário, considerando a disponibilidade assistencial; organizar e garantir o acesso da população a ações e serviços em tempo oportuno, de forma ordenada e equânime; organizar a oferta de ações e serviços de saúde e adequá-las às necessidades demandadas pela população; otimizar a utilização dos recursos disponíveis; fornecer subsídios aos processos de planejamento, controle e avaliação; fornecer subsídios para o processo de programação pactuada e integrada (PPI). Os termos estabelecidos acima pressupõem que haja um arcabouço de procedimentos e acordos que sustente o funcionamento "regular" dos processos de trabalho no sistema de saúde. As regras decorrentes podem ser introduzidas em um sistema de informação, o qual pode ou não ser informatizado (BRASIL, 2002).

Na Constituição Federal de 1988, foi estabelecido que os cidadãos têm o direito de acesso universal e integral aos cuidados de saúde. Em consequência, as atribuições do Estado com vistas a garantir este acesso ampliaram-se significativamente. A descentralização das ações de saúde para estados e municípios determinou a divisão de responsabilidades e atribuições entre os níveis de governo federal, estadual e municipal, assim como entre cidadãos, setor público e setor privado.

“A prestação de serviços na área da saúde apresenta-se como um dos setores mais problemáticos para o exercício da regulação pelo Estado. As falhas de mercado que ocorrem no setor saúde justificam a regulação pelo Estado para alcançar a otimização na alocação e na distribuição dos recursos”. (CASTRO, 2002).

4.3 Caracterização do Complexo Regulador de Mato Grosso

Para Locks (2002), um complexo regulador estrutura a relação entre os vários serviços, ambulatoriais ou hospitalares, formando uma rede de atenção e qualificando o fluxo dos pacientes no sistema. Nesta estrutura os pedidos são recebidos, avaliados e hierarquizados, sendo dada resposta de acordo com as necessidades de cada caso e acompanhando a solução dos mesmos. O complexo regulador terá suas funções operacionalizadas pelas centrais de regulação, sendo que uma destas funções consiste no levantamento de oferta e demanda por serviços, identificando-se claramente os déficits e as disfunções do sistema.

Dessa forma, as Centrais de Regulação das Ações de Saúde podem constituir-se em poderoso instrumento de intervenção na realidade sanitária, permitindo às instâncias de gestão (federal, estadual e municipal) regularem o perfil assistencial mais adequado às necessidades de saúde. Com uma concepção flexível, podem permitir sua adequação às peculiaridades municipais respeitando, assim, as especificidades locais, ao mesmo tempo em que subsidia decisões sobre macro-políticas regionais e intersetoriais. Dependendo, ainda, de mais investimentos, trata-se de instrumento de gestão que aponta, de forma sistematizada, pontos de estrangulamento para a consolidação do acesso às tecnologias de saúde existentes de forma mais equitativa e justa para a população (VASCONCELLOS, 2001).

“Nessa perspectiva, acredita-se que o Complexo Regulador, ferramenta da ação regulatória, considerando a prerrogativa do gestor quanto à organização e a normatização do sistema, poderia incrementar o desempenho da função gestora e assistenciais, essenciais ao ordenamento do fluxo dos usuários para os diferentes componentes do sistema local, favorecendo e fortalecendo a Atenção Básica de Saúde e promovendo a concretização dos princípios da universalidade, integralidade, equidade, acessibilidade e democratização garantida pelo SUS”. (FERREIRA, 2007).

4.3.1 Regionalização e Organização da Assistência

De acordo com Ferreira (2007), as necessidades de organização das ações e serviços públicos de saúde, conformando uma rede regionalizada e hierarquizada, foi descrita no artigo 198 da Constituição Federal e pela NOAS 01/2002 visando à organização do SUS, segundo seus princípios, como macrodiretriz a ser operada pelos gestores por meio da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. A hierarquização das ações de saúde relaciona-se com a capacidade resolutiva dos componentes básicos, secundário e terciário do sistema de atenção à saúde e também, com a garantia de acesso às ações de saúde, tendo em vista a classificação de necessidade e risco.

A organização regionalizada e hierarquizada do atendimento em saúde tem enfrentado dificuldades para sua efetivação, necessitando de análise objetiva em cada região quanto aos aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais e éticos para que a regionalização do sistema seja um instrumento não apenas regulatório, mas também emancipatório, em direção à universalidade, à equidade e ao atendimento integral.

O conceito de organização regionalizada da assistência à saúde adotado é derivado da definição de Robayo (1977) in Mendes (2005), que implica na busca de melhor distribuição técnica, espacial, científica e operacional das ações de saúde distribuídas em nível de atenção articulados entre si com a melhor eficiência e efetividade dos serviços e com impacto epidemiológico e social. A combinação de níveis de atenção e escala de complexidade, e a articulação destes, é essencial à regionalização funcional do sistema de saúde, a qual a condição necessária para assegurar a máxima acessibilidade da população aos serviços de saúde.

A gestão descentralizada justifica-se em face das peculiaridades do país e de seu modelo federativo. A redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre as unidades federadas objetiva conferir-lhes autonomia, justamente para que todas as esferas de governo possam tomar decisões. A descentralização, por outro lado, aproxima as decisões das ações e dos fatos que as ensejam. Quanto mais próximo o gestor estiver dos problemas de uma comunidade mais condições terá de intervir e resolvê-los. Exatamente por isso, a descentralização, na área da saúde, deve ser entendida como transferência de poder decisório do governo federal para as instâncias subnacionais de governo e não deve ser confundida com *desconcentração*, que indica a transferência de algumas responsabilidades

administrativas, atribuições e tarefas sem o correspondente poder político e financeiro para a tomada de decisões no âmbito dos Estados e Municípios.

A descentralização pressupõe, portanto, a interdependência entre as unidades federadas, não somente em sua dimensão vertical, entre as três esferas de governo, mas também em sua dimensão horizontal, ou seja, entre os Municípios gestores do SUS, tendo em vista as desigualdades existentes entre os Municípios.

A existência de diferentes condições demográficas, epidemiológicas, de desenvolvimento político, econômico e social entre os municípios, assim como nos estados e regiões, provocam problemas, dificuldades e prioridades distintas em cada localidade, implicando, conseqüentemente, condições diversas de implementação de políticas públicas, especialmente as políticas públicas de saúde, cuja complexidade é incontestável.

O Pacto de Gestão confirma a regionalização como uma diretriz do SUS que deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são: o Plano Diretor de Regionalização - PDR, o Plano Diretor de Investimento - PDI e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde – PPI. “O que se pretende com o processo de regionalização é melhorar o acesso a serviços de saúde, respeitando-se os conceitos de economia de escala e de qualidade da atenção, de forma a se desenvolver Sistemas eficientes e efetivos” (CONASS, 2006).

São objetivos da regionalização:

- Garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal;
- Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão locoregional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no país;
- Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema;

- Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo Estados e Municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses locoregionais possam ser organizadas e expressadas na região;
- Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional.

Com a finalidade de complementar a legislação nas questões da organização e operacionalização da descentralização das ações e serviços de saúde para as esferas de governo estadual e municipal, a relevância das Normas Operacionais foi citada por Queiroz (2003) in Ferreira, 2007: “[...] as NOBs se constituem no mais importante instrumento de gestão ao introduzir no SUS as inovações necessárias para remodelar, alterar o arranjo institucional e reestruturar o modelo de atenção e de organização do sistema”.

A gestão do sistema de serviços de saúde deve promover a organização das ações e dos serviços de saúde, buscando a sintonia com o atendimento das necessidades de saúde, a ser alcançada caracteriza-se pelo equilíbrio entre estas abordagens. Este equilíbrio organizacional encontra-se reconhecido no SUS, quando é proposto o conceito de integralidade da atenção como meio de superação da dicotomia entre a cura e a prevenção e entre as ações assistenciais e às coletivas. (FERREIRA, 2007).

A equidade da atenção tem como objetivo num sistema integrado de atenção, cita-se Luchese (2003) que resgata o conceito descrito por Whitehead (1992), in Mendes (2005): “Equidade implica que idealmente todos deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançar seu potencial, se isso puder ser evitado”.

Para Rovere in Mendes, (2005) as interpretações do conceito de equidade na atenção são várias, mas parece-nos importante destacar aquela que permite que seja introduzido nas reflexões acerca dos desenhos organizacionais de sistemas de atenção à saúde, o conceito de discriminação positiva, ou seja, dar mais àquele que mais necessita.

Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, onde deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários

para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (FERREIRA, 2007).

Discorrer sobre a organização de um sistema de serviço de saúde implica no reconhecimento de que todo processo relaciona-se à necessidade de consolidação dos princípios defendidos na Carta Constitucional e das premissas do SUS e pressupõe a elaboração, pelo gestor da saúde, do diagnóstico da situação de saúde do seu território, como condição única para que o planejamento/programação do sistema de serviço de saúde se estabeleça de modo a viabilizar o desafio maior do nível local, ou seja, atender de forma real aos problemas de saúde de sua população (FERREIRA, 2007).

A efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta desafios fundamentais para o planejamento e a gestão dos serviços de saúde. A estes impõem a necessidade de reestruturação, dotando-os de flexibilidade e efetividade necessária à descentralização do setor e à complexidade e diversidade de seus processos de trabalho. Uma nova gestão adequada às características particulares dos serviços públicos de saúde tem sido objeto de preocupação de muitos autores. Refletindo sobre os desafios mais urgentes para a gestão dessas organizações esses autores enfatizam a necessidade de investir esforços em abordagens gerenciais descentralizadoras (KOPF, 2004).

E isto será, de um lado, garantir a universalidade e a equidade na prestação de serviços, possibilitar a participação popular e profissional nos processos decisórios correlatos à organização da produção e também na execução dos cuidados em saúde, lidar com a integralidade das ações, criando espaços e formas de interação no trabalho cotidiano e gerenciar conflitos (SCHIRAIER, 1997).

4.3.2. Estrutura do Complexo Regulador

Segundo Sinoel (2000),

“é o conjunto de estratégias e ações definidas pelos agentes responsáveis pela formulação das políticas e pela produção dos serviços de saúde, necessários ao atendimento integral ao indivíduo. O complexo regulador tem por pressupostos fundamentais a universalização do atendimento, a descentralização, a regionalização e a hierarquização”.

Essas estratégias e ações são definidas em um plano de regulação assistencial, para todos os níveis do sistema, visando à organização efetiva de uma rede pública articulada hierarquicamente, com níveis tecnológicos crescentes de resolução, a partir de bases macrorregionais de gestão do sistema.

O complexo regulador é estadual com a lógica macrorregional e congrega um conjunto de centrais de regulação, que por sua vez, é composta por unidades de trabalho. Tem como resultado de sua operação funcionar como um “observatório privilegiado” dos serviços de saúde, ao trazer a informação da assistência à saúde pela ótica da necessidade do usuário, ao produzir dados que visem a resolutividade real, com informações importantes para subsidiar o planejamento e possibilitar mudanças na prestação dos serviços assistenciais. Os dados que o Complexo Regulador produz estão relacionados com a resolutividade *real* e *não burocrática* do sistema. Estas informações são vitais para o planejamento e para a transformação da assistência (Sinoel, 2000).

4.3.3 Caracterização operacional de um sistema de regulação

Cinco aspectos operacionais fazem parte do complexo regulador:

- Estabelecimento de rede através da definição de hierarquias, seguindo PDR (Plano Diretor de Regionalização) e realizando PPI (Programação Pactuada e Integrada).
- Operacionalização da regulação assistencial através de centrais de regulação.
- Análise e avaliação dos dados fornecidos pelas centrais de regulação.
- Ações de controle, avaliação e auditoria.
- Readequação das unidades e repactuação da PPI em função dos dados da regulação assistencial e dos resultados do centro e avaliação das ações de controle.

O complexo regulador deve contemplar a concepção de hierarquia e território, tanto para a utilização de procedimentos/internações, quanto na alocação de Centrais de Regulação, assim como ações de avaliação, controle e auditoria, conformando em cada macrorregião um Complexo Regulador que será articulado em rede por todo o Estado.

Rede:

A proposta de organização em rede se coloca quando o Estado assume um papel de coordenador, ordenador das relações entre os diversos atores que transitam na arena decisória do sistema de saúde.

A gestão em rede realizada pelos complexos reguladores visa à integração e a interligação das centrais de regulação, compatibilizando inteligentemente as demandas com as ofertas disponíveis em territórios e fluxos definidos. É um termômetro da prestação dos serviços assistenciais, que identifica e quantifica as demandas, possibilitando o encaminhamento do paciente ao serviço adequado.

Para tanto é necessário a organização de um sistema de informação, com rapidez na sua veiculação e tecnologia para transmissão de dados dentro da rede, bem como a necessidade de revisão do papel do controle e avaliação.

Centrais de regulação:

Considerando o Pacto pela Saúde 2006, composto por três pactos, Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS, destaca-se de um dos itens que compõem o Pacto de Gestão, a indicação da necessidade de incremento da regulação da atenção no sistema de serviço de saúde, cujo principal objetivo é o de promover a equidade de acesso e a integralidade da atenção.

Isto posto, passa-se a diferenciação entre macrorregulação que envolve mecanismos estratégicos de gestão (políticas orçamentárias e de recursos humanos, interface com o controle social, desenvolvimento da intersectorialidade e contratualização de serviços de saúde privados) e microrregulação ou regulação assistencial relacionada à operacionalização do acesso às ações e serviços de saúde embasada nas regras determinadas pela macrorregulação (SANTOS; MERHY, 2006)

Assim a microrregulação pretende ajustar a oferta de ações e serviços de saúde de forma equânime, oportuna, ordenada e racional aos problemas de saúde mais imediatos dos usuários do SUS operacionalizando o acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, o Complexo regulador apresenta-se como uma intervenção potencialmente capaz de contribuir com a conquista da acessibilidade e da equidade na utilização dos recursos assistenciais (FERREIRA, 2007).

O Ministério da Saúde orienta que o Complexo Regulador deva ser composto por Centrais de Regulação (unidades de trabalho) necessariamente, interligadas entre si, permitindo a ordenação do fluxo de problemas/ respostas e, por consequência, possibilitando ao usuário do SUS relacionar-se com um sistema capaz de fornecer respostas ordenadas aos seus problemas (BRASIL, 2006).

Cada Central de Regulação é uma ferramenta para a execução da função reguladora do Complexo Regulador contrapondo o levantamento da oferta com a capacidade de produção instalada na rede de atenção e com a demanda de ações e serviços, sendo assim capacitada para identificar as debilidades e fortalezas do sistema são específica e determinada de acordo com o perfil epidemiológico, organização do modelo assistencial da região, natureza do que regula e do território de sua abrangência. Esta análise contínua da dinâmica do sistema constitui-se a base do planejamento e programação da atividade regulatória do Complexo Regulador.

Deverão dispor em tempo real de informações das condições de oferta, haja vista, que a informação atualizada é um instrumento fundamental no processo de regulação. É uma atividade permanente e dinâmica para possibilitar a tomada de decisão de forma consistente, eficaz e eficiente.

As centrais de regulação congregam consultores especialistas e procedimentos que regulam uma função específica do sistema, utilizando os recursos normativos, materiais, humanos e financeiros.

Na proposta do PDR fazem parte do complexo regulador as seguintes centrais:

- Central de regulação de consultas, exames e serviços de média e alta complexidade.
- Central de regulação de internações hospitalares.
- Central de regulação de Urgência e Emergências

4.3.4 Modelo operacional do complexo regulador

O desenho operacional do complexo regulador envolve a criação dos instrumentos para viabilizar o processo de regulação. Cada macrorregião deve identificar a sua dinâmica de

atendimento de saúde, buscando diagnosticar a sua realidade para viabilizar a operacionalização das centrais. Assim, cada macrorregião vai organizar o complexo regulador de acordo com a estrutura existente, mas já apontando as necessidades de investimento a curto, médio e longo prazo, para garantir não só acesso, mas a resolutividade dos serviços.

Em Mato Grosso possui 16 Centrais Regionais que foram divididas em Microrregiões as quais regula serviços de saúde e faz a ligação entre o usuário e a Central de Regulação Estadual.

Atualmente a Central de Regulação de Urgência e Emergência de Mato Grosso regula 251 leitos de UTIs conveniadas e credenciadas em todo o Estado, entre esses estão UTI Adulto, Pediátrico e Neonatal.

A Central de Regulação de consultas, exames e Serviços Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade, Central de Internação Hospitalar e Central de Urgência e Emergência têm como principais objetivos:

1. Garantir o acesso através do referenciamento adequado das solicitações, de acordo com as normas pactuadas com o complexo regulador;
2. Estabelecer mecanismos técnicos (protocolos, critérios de encaminhamento, etc.) padronizados e pactuados nos comitês do complexo regulador das macrorregiões, visando a equidade do atendimento.
3. Garantir a alternativa assistencial adequada frente às solicitações de utilização do sistema pelos municípios pertencentes a uma dada macrorregião.
4. Garantir o acesso da população ao Sistema Único de Saúde – SUS através da organização do fluxo de pacientes nos diversos níveis de complexidade de forma humanizada;
5. Gerenciar ofertas de serviços quantitativamente e qualitativamente no processo de programação pactuada integrada – PPI;
6. Contribuir para o processo de regionalização de assistência à saúde de acordo com a política estadual definida no plano estadual de saúde.

Nesta lógica, considera-se que o Complexo Regulador, na medida em que traduz em instrumento da microrregulação, possa colaborar para a garantia do acesso e da equidade, em um modelo de organização que faça a opção pela centralidade no usuário e em suas necessidades, tendo a Atenção Básica de Saúde como ordenadora e coordenadora deste processo (FERREIRA, 2007).

5 O PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Estudo

Este estudo se dá no âmbito da pesquisa exploratória de cunho qualitativo, para Minayo (2001) a abordagem qualitativa trabalha com o universo de significados, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações e dos processos que não podem ser reduzidos a números, permitindo o maior aprofundamento no significado das ações e relações humanas, dimensão não perceptível pela quantificação.

5.2 Técnica de Coleta de Dados

Foi utilizado como técnica para coleta de dados a entrevista não estruturada, pois utilizou-se esta técnica com a finalidade de obter informações, confrontar dados, identificar contradições, buscando melhor aproximação com a realidade. As entrevistas foram agendadas previamente, e após a leitura e assinatura do formulário de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), informando os objetivos da pesquisa, e mediante manifestação de concordância dos participantes, aplicou-se o instrumento de coleta de informação. As entrevistas foram gravadas em MP4 Digital Player onde foram transcritas, organizando os depoimentos de modo a extrair de cada um as idéias centrais e expressões - chave.

5.3 Delimitação do Campo de coleta de dados:

Em função dos objetivos propostos para o presente estudo, optou-se por ter como cenário, no município de Cuiabá, o Complexo Regulador, em seu espaço funcional e organizacional de operação das ações regulatórias do sistema.

Foram selecionadas para campo de estudo desta pesquisa a Central de Regulação Estadual e Central de Regulação do município de Cuiabá por gerenciar os principais serviços e ser referência para todo o Estado de Mato Grosso.

5.4 Fonte de coleta de dados

Foi utilizada neste estudo, fonte primária, onde foram produzidas junto aos gestores que atuam no Complexo Regulador nas áreas de Urgência e Emergência, Consulta Especializadas, Cirurgias Eletivas e Exames de Média e Alta Complexidade e Controle e Avaliação. Para escolha dos informantes-chave foi utilizado como critérios de inclusão: profissionais que são funcionários da Secretaria de Saúde Estadual ou Municipal, com vínculo efetivo ou não, que ocupam cargos que exige tomada de decisão, que tem ligação direta com o Complexo Regulador/ Central de Regulação. Utilizou-se como critério de exclusão servidor que não tem função de direção, que não participa da tomada de decisão, ou que exerce atividades em setores que não tem ligação com o Complexo Regulador. Foram entrevistados 09 dos 12 gestores previamente selecionados do Complexo Regulador, 03 entrevistas no momento do estudo não puderam participar por motivos particulares: viagem, licença maternidade e apenas 01 não interessou em participar. Os participantes da entrevista foram identificados como E1, E2, E3... e assim sucessivamente, para garantir o anonimato dos mesmos. O período de coleta de dados foi do dia 03 a 14 de abril de 2008. Caracterizou-se os entrevistados quanto à idade, sexo, profissão, tempo de serviço no setor público, profissional de carreira ou cargo comissionado. Todos os entrevistados são mulheres com idade entre 27 a 47 anos.

Número	Profissão/ Formação	Tempo de serviço público	Profissional de carreira
E1	Marketing	3 anos	Não
E2	Adm. Hospitalar	5 anos	Não
E3	Adm. Hospitalar	5 anos	Sim
E4	Enfermagem	23 anos	Sim
E5	Letras	4 anos	Sim
E6	Serviço Social	8 anos	Sim
E7	Geografia	22 anos	Sim
E8	Engenheira Sanitária	27 anos	Sim
E9	Enfermagem	23 anos	Sim

Tabela 1: Caracterização dos sujeitos do estudo.

Foi elaborado um questionário com perguntas abertas, “questões norteadoras” com foco no objeto de investigação deste estudo para facilitar o entrevistador no momento da coleta de dados foram elencados dados de identificação para conhecer-se melhor o entrevistado (Apêndice B).

As questões foram elaboradas de acordo com as categorias abaixo relacionadas:

- A organização do Complexo Regulador como garantia de acesso e equidade;
- O Complexo Regulador como ferramenta de gestão.

5.5 Análise dos dados

Nesta etapa procedeu-se a análise e interpretação das informações na busca da compreensão de seus significados relacionando às indagações que suscitaram o estudo. A partir dos dados coletados por meio de entrevistas e do suporte teórico desta pesquisa, procurou-se uma articulação dos mesmos, de modo que fosse possível analisá-los abrangendo a “máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (TRIVINOS, 1995).

A análise foi realizada de forma qualitativa por meio da análise de conteúdo das questões norteadoras. A análise de conteúdo será realizada conforme descreve Leopardi (1999), em três etapas: *pré-análise* que corresponde à organização do material; *discussão analítica* que se inicia já na fase de pré-análise. Nesta fase o material será submetido a um *estudo aprofundado*, orientado pelas categorias e variáveis previamente estabelecidas com base no referencial teórico (Apêndice D).

5.6 Questões éticas

Este estudo não se trata de experimento com seres humanos, mas como vão-se entrevistar pessoas, considera-se necessário realizar todos os procedimentos éticos em pesquisa submetendo este projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller - CEP/HUJM, de modo a atender a Resolução n ° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), obtendo aprovação em 12/02/2008 (Apêndice C).

Considerando os riscos e desconfortos que o estudo oferece ao participante, deixa-se bem claro que a participação nesta pesquisa não traz complicações legais e nem oferece riscos à dignidade do participante, os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os benefícios aos participantes desta pesquisa não terão nenhum benefício diretamente, entretanto, espera-se que este estudo traga informações importantes sobre instrumentos de gestão, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para desenvolvimento da gestão do serviço público em saúde.

A autorização para a realização do estudo foi solicitada por meio de carta ao secretário Adjunto de Saúde do Estado de Mato Grosso e Diretor da Central de Regulação Municipal de Cuiabá-MT, discriminando a justificativa e os objetivos da pesquisa, onde pudemos contar com total apoio para realização do estudo proposto.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

- **A organização do Complexo Regulador como garantia de acesso e equidade**

A opção pelo incremento do processo regulatório como uma das possíveis estratégias com potencial para colaborar no aperfeiçoamento da gestão e na revisão do modelo de atenção tornaram-se realidade com a conformação do Complexo Regulador.

Os achados do estudo revelaram que, para a maioria dos entrevistados a Central de Regulação não tem conseguido atender a demanda dos usuários devido a grande demanda existente e pela não disponibilidade de profissionais, procedimentos e prestadores para algumas Especialidades Médicas, sobretudo Alta Complexidade. De acordo com as falas os procedimentos mais pontuados no momento das entrevistas com existência de dificuldade de acesso é colonoscopia e especialidades como ortopedia, oftalmologia, neurologia e cirurgia cardíaca. Numa primeira avaliação, essa demanda elevada sugere a inexistência de um processo de planejamento ou insuficiência de recursos financeiros para suprir o atendimento. Stoner (1995) ressalta que o planejamento se coloca como a primeira das funções a serem desenvolvidas na gestão de qualquer organização, pois, sem planos, não se pode organizar eficientemente os indivíduos, controlar resultados e administrar de forma geral a instituição.

Ainda que a Central de Regulação não tem conseguido garantir a oferta para atendimento da demanda, na medida que atualmente se observa uma série de dificuldades como os protocolos, fluxo, prioridades e critérios. Essa situação talvez possa ser explicada pelo fato de que a Central de Regulação (CR) quando idealizada e implantada foi adequadamente planejada dado que mesmo com problemas atuais ela opera com definição de fluxo, definição de rede e território por todo o Estado, conforme falas abaixo:

“Não. Isso aí seria através de um processo né, por que se ela tivesse atendendo todos, não teria demanda reprimida, nós temos demanda reprimida e temos exames que o SUS não está fazendo mais, então nós temos um demanda bem grande”. E4
 “Eu acho que aí houve humm, nesses últimos tempos houve um retrocesso nesse processo que eu acho que precisa ser revisto, então existe muitas dificuldades na garantia do acesso do fluxo correto de todos terem o acesso de forma igualitária sem ter outras formas que venham competir com a regulação”. (E9)

A atenção coordenada busca ofertar ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam as suas necessidades de forma integrada entre os componentes do sistema. É um desafio no exercício da coordenação o estabelecimento de uma relação que favoreça a interligação entre os pontos do sistema para que o conjunto de informações, a respeito do usuário, seja conhecido pelos atores compromissados em garantir a melhor atenção para a situação apresentada. Esta relação é facilitada quando a acessibilidade organizacional é favorecida pelo modo de organização dos recursos disponíveis no sistema de atenção.

Os entrevistados assinalaram a ocorrência de uma facilitação do acesso aos serviços de saúde, através de favorecimento para alguns que se apóiam em reclamações mais efusivas ou em auxílios intermediários por influência política, sem nenhuma análise do risco ou da prioridade, originando assim um fluxo desordenado, conforme evidencia a fala:

“[...] só que o acesso não ta garantido porque outras pessoas estão conseguindo via tipo: SES solicita aqui pra superintendência, aqui tem um fluxo, então as pessoas que não tem quem grite por ela, esta ta na fila, agora os outros que conseguem burlar, ta conseguindo o acesso na central”. (E4)

Um outro fato que expressa problemas quanto ao cumprimento de critérios citado nas entrevistas a garantia de acesso através de ordem judicial, com a urgencialização de procedimentos, exames e até mesmo, consultas especializadas. Além disso, a judicialização do atendimento ocorre a priorização sem critério técnico apenas judicial que não dá a garantia de prioridade, ocorre compras de serviços emergenciais sem prévia licitação, sem planejamento, infringindo assim o direito administrativo, ocorrendo uma não otimização dos recursos financeiros pelo fato de muitas vezes não ter concorrência entre prestadores privados aí ficando a mercê de preços abusivos que não condiz com valores da Tabela SUS, como ilustra o recorte abaixo:

“[...]mas assim a dificuldade que a gente tem que são alguns exames excepcionais, não tem na oferta, quando vem a demanda, ultimamente estamos recebendo muita liminar aqui, e isso ta fazendo que isso aconteça, que o paciente receba o procedimento, o atendimento que ele precisa, mas eu acho que eles deveriam analisar em cima das liminares pra estar resolvendo o problema dos procedimentos que os pacientes estão necessitando[...]” (E2)

Esta narrativa põe em pauta a questão da operacionalização do conceito de equidade, um dos pilares que sustentam o sistema de saúde fundamentado nos princípios de

universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, propostos pelo SUS. Acredita-se que a centralização e a existência de critérios e de uma orientação mais uniforme para toda a rede, definindo claramente os fluxos dentro do sistema, interfiram positivamente na dimensão organizativa da acessibilidade e na equidade.

- **O Complexo Regulador como instrumento de gestão**

Compreender a magnitude do processo de planejamento para aperfeiçoamento e qualificação da gestão do SUS é indispensável para que as organizações de saúde incorporem esta prática em seus cotidianos.

Na questão da tomada de decisão para compra de serviços os entrevistados referiam que não é uma decisão colegiada, que esta vem de cima para baixo, sendo que os dirigentes locais não participam do processo decisório e não tem autonomia para decidir, o único papel deles é de prestar informações sobre a necessidade de compra, que tem se baseado na análise da oferta e demanda. Conforme depoimento da fala abaixo a compra de serviço e implantação de um novo serviço no SUS deveria ser como ilustra o recorte abaixo:

“Deveria ser através de análise de indicadores de série histórica, né, é da própria questão da avaliação do acompanhamento da qualidade de serviço do perfil epidemiológico né são esses fatores que define se aquela população necessita ou não daquele serviço, não pode ser em cima da pressão de mercado de clientelismo tem que partir do estudo de indicadores né [...]”(E9)

Quando questionado sobre a existência e utilização dos instrumentos de gestão necessários para se operar bem uma Central de Regulação a maioria referiu que estes não estão adequados com a realidade, não funcionam na prática ou se existem não são utilizados, outros afirmam que tem que haver uma cobrança maior para o cumprimento destes instrumentos e até mesmo o desconhecimento destes instrumentos por parte de três gestores. O Complexo regulador tem gerado muitos dados e informações, mas estas não têm contribuído para tomada de decisão devido ao fato que estas são produzidas no nível local, encaminhadas para nível central e não se produz qualquer relatório gerencial que subsidie o planejamento das ações. Não estão utilizando para resolver problemas existentes, conforme evidenciado nas falas abaixo:

“É solicitado várias vezes, praticamente é solicitado todo mês pra gente, levantamento da demanda, das dificuldades que a gente enfrenta, eu vejo que decisões nenhuma são tomadas, então...” E6

“Essa pergunta não sei te responder com segurança, essas reuniões eu não tenho participado, mas a gente passa as informações dos indicativos, a questão de exames, a questão de ofertas de serviços, sinceramente não sei se está pesando na hora da decisão de compra ou não de serviço”. E4

“Olha, sinceramente eu não sei, é pra ser utilizado as informações, os relatórios que a gente faz, é pra ser utilizado, mas existem decisões, parecem que não cabem [...]”. (E5)

Considerando as afirmações acima, leva nos a pensar inicialmente sobre a importância do uso da informação para o êxito das intervenções, quando elas são tomadas como agentes de transformação da consciência sanitária, não se restringindo apenas a um emaranhado de dados e compilações, de registros obrigatórios, mas muitas vezes, úteis para o processo decisório.

Obviamente, como era de se esperar, a não disponibilidade de relatórios gerenciais afeta o exercício da função de controle a avaliação pelos profissionais da Central de Regulação. A maioria dos entrevistados informou que a função do Controle e Avaliação está muito direcionada para controle de faturas e não para a qualidade do serviço, a forma de acesso do usuário e não é visto como função de planejamento e sim como um “setor fora” da Central de Regulação.

“O nosso controle e avaliação principalmente do Estado estão inadequados primeiro que eles não são inseridos dentro da própria Central Estadual apenas a Central do município que o Controle e Avaliação já estão trabalhando juntos, mesmo assim a falta de comunicação entre eles é muito grande e um complementa o outro, então agente precisa integrar mais pra poder ta resolvendo todo esse problema que a gente encontra né, pra liberar algum tipo de procedimento”. E7

“[...] , infelizmente está muito direcionado pra controle de fatura né deveria ser também pra questão da avaliação da qualidade da assistência do impacto daquele serviço ta trazendo pra população, deveria fazer uma avaliação entre o que ta sendo regulado a forma do acesso do usuário com a assistência que esta sendo prestado, ela é atividade desempenhada pelo controle e avaliação, a regulação ela regula o acesso assistencial, ela busca melhor alternativas, agora avaliar como o usuário foi atendido é papel do controle são atividades diferentes mais que se completam [...]” E9

A maioria entende que o Controle e Avaliação não estão desempenhando bem o seu papel de controlar e avaliar, apesar dos gestores valorizarem a função do Controle e Avaliação esta não tem sido uma prática na Central de Regulação conforme se observa nos trechos

abaixo onde apenas dois gestores referiam uma concepção mais ampliada do que seja Controle, Avaliação e Regulação.

“[...] é preciso eles estarem atuando de perto pra ver quais os serviços estão sendo executados em muitos dos casos...” (E1)
 “Não, eu acho que o controle de avaliação tem que melhorar muito, porque ele infelizmente não está fazendo o papel dele...”(E2)
 “Então eu acho que o controle avaliação da qualidade dos serviços que o SUS compra, não ta sendo feito, falo isso no nível municipal, não sei nível estadual.” (E4)

Analisando a relação da Central de Regulação com os diversos seguimentos pode-se observar que ocorreram dez citações que afirmam que a C.R. tem uma boa relação com os prestadores públicos e privados, sendo assim de maneira geral a relação é cordial e procuram trabalhar como parceiros, ainda que exista, no caso da relação C.R com prestadores públicos, pedidos de favores para garantir acesso a usuários em estado grave.

“[...] A gente entra em contato com eles pra pedir favor, por estar ocorrendo essa demanda reprimida de pacientes e de exames, a gente precisa estar pedindo que eles nos beneficiem ou abra uma vaga, abra uma exceção para que a gente consiga cirurgia, exame, consulta [...]” (E2)

Relação	Bom	Ruim	Não Sei
CR X Prestadores Públicos	5	3	1
CR X Prestadores Privados	5	3	1

Quanto à relação da Central de Regulação com prestadores privados foi citado por alguns entrevistados que estes resistem ou dificultam o atendimento devido ao valor da Tabela do SUS, e por outro lado o setor público (Central de Regulação), não consegue garantir esse atendimento devido à falta do instrumento contratual. Como é sabido, hoje toda relação entre o setor público e o prestador privado deve ser garantida por um contrato, entretanto, este dado não foi coletado nesta pesquisa, mas parece que esta situação não está plenamente resolvida na CER/SUS.

Apesar da Central de Regulação ser uma unidade administrativa que faz o papel de regulação e, portanto a comunicação deveria ocorrer entre as unidades descentralizadas e as centrais regionais, neste estudo observou-se que o usuário tem se deslocado até a Central para buscar maiores informações. Segundo os entrevistados isso pode estar acontecendo porque os

usuários não estão tendo acesso adequado e suficiente a informação e/ou não confia nas informações dada pelos prestadores ou são mal encaminhados pela rede.

“A relação existe, não era pra existir porque a central veio para só agilizar o processo de autorização e liberação de exames, internação, consultas né, então eu acho q essa relação é boa, porque a gente atende muito bem, a gente esclarece, passa segurança para o paciente, mas não deveria ter isso aí. Eu acho que se o paciente vem parar aqui na central é porque a atenção básica às unidades descentralizadas não, e mesmo o prestador de serviço não está passando aquela confiabilidade que tem que ter, né, de que ele vai receber aquele exame autorizado, o tratamento vai vir, que aí o paciente liga pra saber se o exame ou o tratamento foi autorizado, liga no serviço, aí o prestador fala; ta na central, aí ele vem aqui, ele quer saber, então se ele tivesse confiança naquele prestador nos serviços, ele não viria aqui”. (E4)

Apesar da não estrutura da Central para atender esses usuários apesar disso a Central busca atender de forma satisfatória os mesmos.

De acordo com a maioria das falas parece que não há uma relação entre Central de Regulação e gestores estadual e municipal uma vez que o contato entre eles se dá via Diretoria e Superintendência, apesar de muitos deles se referirem ser importante manter um contato mais permanente e sistematizado com eles.

“[...] sempre que possível temos reunião como os gestores, a gente passa os problemas...” “...a gente precisa desse apoio, que ele nos dê esse respaldo [...]”(E1)

Parece que nas falas deles, essa aproximação está sendo motivado por motivos específicos como o problema da oferta.

“Acho que despertou essa relação agora, os gestores principalmente os gestores municipais estão bastante se espelhando na central pra tomar decisão, então isso ta tendo um ganho na questão da gestão municipal do Estado, não sei te falar...”(E3)
 “Pelo que a gente percebe no momento, to percebendo alguma preocupação na questão que necessitamos de neuro e retinólogo”. (E5)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa refletiu sobre as expectativas e possibilidades acerca da construção de um modelo de atenção e gestão para o Sistema Público de Serviços de Saúde, levando - nos a verificar sobre possíveis incorporações de novas práticas de planejamento e gestão.

O Complexo Regulador mostrou sua capacidade de tornar-se um instrumento importante para a atenção básica, que pode acioná-lo tanto pra executar a coordenação, garantir a acessibilidade e a equidade. Por sua condição privilegiada de observação dinâmica do sistema, o Complexo Regulador pode instrumentalizar a equipe gestora na consolidação de um modelo de atenção e de gestão que considera as necessidades dos usuários no processo de planejamento e no desenvolvimento de políticas públicas em saúde.

O estudo denotou que apesar dos ganhos para o SUS com a constituição dos complexos reguladores, por exemplo, universalização do atendimento, descentralização das ações, organização do sistema regulatório com a busca pela equidade, hoje pode-se elencar dificuldades existentes na rede, dentre elas fluxo desordenado, demanda maior que a oferta, dificuldade em contratar prestadores privados, falta de planejamento das ações, existência de demanda espontânea, judicialização e urgencialização de casos por parte de profissionais com intuito de garantir acesso aos serviços de saúde.

O Complexo regulador é ferramenta importante para mediar o acesso aos serviços de saúde, normalmente em situações de urgência, otimizando recursos quando forem insuficientes para a demanda da população, sendo estratégicas para propiciar assistência mais equânime e de qualidade aos usuários do SUS.

Dentre os instrumentos de gestão existentes foi apontado com grande debilidade a não utilização dos mesmos para tomada de decisão e para planejamento das ações, por mais que foram citados pelos gestores com entendimento de serem muito importantes para a gestão do sistema.

Enfim, este estudo reforça a necessidade de realizar análises sistemáticas para identificar novos fatores que possam subsidiar mudanças, a fim de qualificar as Centrais de Regulação cada vez mais para o exercício de seu papel, garantindo a equidade do acesso e qualidade na assistência prestada à população, e trouxe também a convicção de que a estratégia do Complexo Regulador pode integrar um projeto coletivo que almeje uma

organização do sistema mais participativo, integradora, solidária, acessível, equitativo e humanizado.

Este estudo não se apresenta de forma “acabada” porém, como em todo processo de construção de conhecimento necessita-se de momentos de pausa, para refletir, reabastecer as energias e sair em busca de novos desafios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, Marta. **Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia.** Ed. Ciênc. Saúde Coletiva, vol.8, 2003.

BARRETO, Maurício Lima. **O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde.** Ed. Ciênc. Saúde Coletiva, vol.9. Abr. /jun. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB 01-SUS 96-** Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento da Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02** – Brasília, 2002.

BRASIL, **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 10 outubro de 1996.** Brasília, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Implantação do Complexo Regulador**, Brasília, 2006.

BRASIL. CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde/Progestores. Nota Técnica nº 06/2006. **Para entender o Pacto pela Saúde 2006**, v. 1, Portaria GM/MS 399/2006 e Portaria GM/MS 699/2006. Brasília, 2006.

CASTRO, Janice Dornelles de. **Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais.** Sociologias, jan. /jun. 2002.

DERAC, **Regulação no setor saúde em direção aos seus fundamentos públicos.** Secretaria de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde, 2004.

FERREIRA, Janise Braga Barros. **Avaliação do Complexo Regulador do Sistema Público Municipal de Serviços de Saúde.** Ribeirão Preto, 2007.

KOPF, A W, **Contribuição dos sistemas de Gestão de Carlos Matus para uma gestão comunicativa**-2004 Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v10s0 Acesso em: 20 fev. 2008.

LEOPARDI, M.T., RODRIGUES, MSP. **O Método de Análise de Conteúdo**. Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, Fortaleza, 1999.

LOCKS, Maria Teresa Rogério. **Central de marcação de consultas da Grande Florianópolis: um estudo de caso**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós – Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, junho de 2002. Disponível em: <http://www.saudepublica.bvs.br/P/teses/MHmestr5.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2007.

MENDES, E.V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2002.

MENDES HWB; ALMEIDA ES. **Regionalização da assistência à saúde: equidade e integralidade na perspectiva de gestores**. O mundo da Saúde ano29 v29 n.1, São Paulo, jan./mar.2005.

MINAYO, M.C.S. - **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. HUCITEC 18º ed. São Paulo, 2001.

SANTOS, F.P; MERHY, E.E. **A regulação pública da Saúde no Estado brasileiro-uma revisão**. Interface. Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.18 p.25-41, São Paulo, 2006.

SCHIRAIER, LB - **Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea: Novos Dilemas, outros desafios**. Tese de Livre Docência. Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, 1997.

SILVA, M. E. M. **O processo de tomada de decisão para o agendamento de consultas especializadas em centrais de regulação: proposta de um modelo baseado em análise multi-critério** – 2004.166 f. Diss. (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Porto Alegre, 2004.

SINOEL, B. – **Plano Estadual de organização do modelo de regulação da Assistência-Belo Horizonte**. Minas Gerais, 2002. Disponível em: www.saude.sc.gov.br. Acesso em: 18 nov. 2007

STONER, J.A.F. **Administração**. São Paulo: LTC, 1995.

VASCONCELLOS, M.M. **Ambiente Informacional para Apoio à Decisão em Saúde Pública**. Relatório OPAS. DAPS/ENSP/FIOCRUZ, 2001.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “**Os gestores estão utilizando o Complexo Regulador como instrumento de Gestão do SUS?**”.

Nome do (a) Pesquisador (a): Wanessa Rezende Sousa

Nome do (a) Orientador (a): Dr^a Márcia Lotufo

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT (Instituto de Saúde Coletiva)

Natureza da pesquisa: o sra (sr.) está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade conhecer a opinião dos gestores das Centrais de Regulação acerca de sua utilização como instrumento de gestão. **Participantes da pesquisa:** Foram selecionadas para campo de estudo desta pesquisa as Centrais de Regulação: Estadual e do município de Cuiabá.

Envolvimento na pesquisa: ao participar deste estudo a sra (sr.) permitirá que o (a) pesquisador (a) realize uma entrevista. A sra (sr.) tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a sra (sr.). **Sobre as entrevistas:** As entrevistas serão previamente agendadas, sendo realizada pelo próprio pesquisador, onde será utilizado um gravador. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não traz complicações legais e nem oferece riscos à sua dignidade.

Confidencialidade: todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e a orientadora terão conhecimento dos dados.

Benefícios: ao participar desta pesquisa a sra (sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, espera-se que este estudo traga informações importantes sobre instrumentos de gestão, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para desenvolvimento da gestão do serviço público, onde o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos. **Pagamento:** a sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Após estes esclarecimentos, requer-se o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Orientador

TELEFONES

Pesquisador: 3624-9866

Orientador: 3027-4194

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____

Tempo de serviço no setor público: _____

Cargo atual: _____

Profissional de carreira: () S () N

Questões norteadoras

1. A Central de Regulação têm conseguido atender a demanda dos usuários? Sim ou não? Pedir para falar mais sobre a resposta dada.
2. A Central de Regulação tem cumprido adequadamente sua função de regulação no SUS em MT? Ou seja, tem conseguido fazer a regulação dos procedimentos, protegendo o cidadão e o estado?
3. Todos os procedimentos existentes estão sob regulação?
4. O Complexo Regulador têm facilitado o acesso dos usuários aos SUS? Como?
5. Na sua opinião o SUS a Central de Regulação ainda tem problemas na oferta e fluxo das solicitações de consulta e exames?
6. Você sabe que para operar bem a CR precisa de alguns elementos essenciais como definição de território, existência de rede, fluxos, protocolos, etc. Você acha que esses elementos estão presentes e adequados para operar a CR ou tem algum problema com eles?
7. Você sabe que temos dois instrumentos de gestão importantes para a CR/ SUS que são o PDR e PPI. Fale um pouco sobre eles, se estão sendo pactuados? Você participa da pactuação? Essa pactuação tem contribuído para organização da CER/SUS?
8. Atualmente como se dá o processo de tomada de decisão no que diz respeito à oferta de serviço de saúde à população do SUS/MT? Por exemplo, como se decide incluir ou ofertar um novo serviço na rede SUS.
9. As informações do Complexo Regulador têm sido utilizadas na tomada de decisão, ou auxilia nesse processo? De que forma?
10. As informações geradas pelo C.R. tem sido utilizadas no planejamento das ações de melhoria do SUS? Explique sua resposta.
11. Como ocorre o sistema de Controle e Avaliação da CER/SUS? Você acha que está contribuindo para promover mudanças no sistema?
12. Como se dá a relação entre C.R. X Prestadores públicos? CER/SUS X prestadores privados? CER/SUS X Usuários? CER/SUS X gestores?

APÊNDICE C

APÊNDICE D

Matriz de Análise das Categorias

Complexo Regulador – Instrumento de Gestão

Categorias	Variáveis	Téc. Coleta dados	Fonte de dados	Referência para análise
Missão	-Relação oferta x demanda - Acesso (oportuno, ordenado e equânime). -Função de regulação -Existência de rede	Entrevista	Informantes chaves	-Busca equidade -Integralidade -Otimização e alocação de recursos
Organização da Central de Regulação	-PDR -PPI -Território -Fluxo definido -Normas/protocolos -Prioridade	Análise de documentos e complementação de dados na entrevista	Documentos	-Verificar se todos estes elementos e instrumentos de planejamento disponibilizados para operar visando a missão proposta
Planejamento de Gestão	-Plano de Regulação Assistencial -Operando a PPI -Sistema de Informação sobre a prestação de serviços e desempenho da C.R. -Mecanismo de articulação (interno x externo) -Controle e avaliação	Entrevista	Informantes chaves	-C. R. está utilizando esses planos operacionais. -Informação subsidia a decisão/resolutividade real -Coordenação pactuação/articulação -O Controle e Avaliação estão produzindo análises para promover mudanças

Fonte: Construção do próprio pesquisador.