

A SAÚDE NO BRASIL ENQUANTO DIREITO DE CIDADANIA: UMA DIMENSÃO DA INTEGRALIDADE REGULADA

Márcia Portugal Siqueira*

Elda Coelho de Azevedo Bussinguer**

RESUMO

Apresenta os conceitos e concepções de regulação do sistema público de saúde, com ênfase na regulação do acesso da população às tecnologias biomédicas, dirigida para a relação da gestão e dos gestores do SUS com a rede de prestadores de serviços de saúde complementar especializada de média e alta complexidade. Abordada as dimensões macro e micro da regulação constantes no Pacto pela Saúde e na Política Nacional de Regulação brasileira. Trata da regulação no âmbito legal do SUS e também no cotidiano dos serviços com o setor privado contratualizado, além da rede própria estatal, na oferta e garantia do acesso da população aos recursos assistenciais demandados. Também são abordadas as possíveis contribuições da regulação do acesso na atenção integral – integralidade regulada, para a efetiva assistência individual e êxito terapêutico, nos níveis secundário e terciário do SUS.

* Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva.

** Coordenadora de Pesquisa da FDV; livre docente pela Uni-Rio; mestre em Direitos e Garantias Fundamentais pela FDV.

Palavras-chave: Saúde pública. Regulação governamental. Integralidade da assistência.

ABSTRACT

It presents the public health system regulation concepts and conceptions, with emphasis in the population access regulation to the biomedical technologies, towards the relation between the Single Health System management and managers with the specialized complementary health services of medium and high complexity workers network. It approaches the regulation macro and micro dimensions constant in the Pact for Health and in the Brazilian Regulation National Politics. It deals with the regulation in the Single Health System legal scope and also with the everyday services with the private contracted sector, besides the state net, in the population access offer and guarantee to the assistance resources demanded. It also approaches the possible contributions to the access regulation in the comprehensive attention - regulated integrality, in order to have the effective individual assistance and therapeutic succeed, in the Single Health System secondary and tertiary levels.

Keywords: Public Health. Government Regulation. Comprehensive Health Care.

INTRODUÇÃO

A dimensão de que trata este artigo é a regulação no Sistema Único de Saúde - SUS - e sua relação com o princípio da integralidade na atenção à saúde da população, reflexões a respeito de questões relativas ao direito constitucional à saúde, conceitos, concepções e interrelações da regulação com as demais funções da gestão da saúde pública no Brasil. A ênfase será dada à regulação do acesso, também dita regulação assistencial, como ação mediata para o ordenamento das relações entre a gestão do SUS, a rede prestadora de serviços de saúde e o cuidado aos cidadãos beneficiários desses serviços.

Os textos que alimentaram os debates na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, já apontavam para o princípio da atenção integral, tendo sido contemplado no relatório final dessa Conferência. A

integralidade constitui-se num princípio e, ao mesmo tempo, numa diretriz para a organização do SUS, conforme orienta a CF de 1988. O texto constitucional, ao apresentar as diretrizes do sistema nacional de saúde, descreve a integralidade como *atendimento integral* e, desta forma a CF define que ao SUS incumbe a regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Uma breve conceituação sobre acesso e cuidado tem por finalidade levar a uma aproximação inicial sobre regulação do acesso às tecnologias biomédicas, como parte constitutiva do cuidado aos beneficiários dos serviços de saúde – cidadãos usuários do SUS.

Agir segundo estes conceitos implica reconhecer que o acesso ao cuidado em saúde é complexo e um grande desafio para a gestão da saúde pública no Brasil, pois varia entre autores e em relação a sua aplicação na prática dos serviços. O acesso é conceituado como sendo um conjunto de dimensões específicas que descrevem a relação entre os beneficiários dos serviços e o sistema de cuidados de saúde, entendendo essas dimensões como sendo a disponibilidade de serviços, acessibilidade aos serviços, acomodação entre formas de organização dos serviços e sua apropriação pelos beneficiários desses serviços, a capacidade de compra desses serviços e sua aceitabilidade social¹. O acesso também pode ser entendido como o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Refere-se à entrada das pessoas nos serviços de saúde e o recebimento de cuidados subsequente². Por cuidado, há várias compreensões: umas que se limitam às competências técnicas para o bom êxito de um plano terapêutico, como curar, tratar, controlar, recuperar a que alguns autores denominam simplesmente assistência, e outras que ampliam seu significado para além de construir um objeto e intervir sobre ele, não podendo ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas em saúde, mas a construção de projetos que considerem *a matéria e o espírito, o corpo e a mente* e o *projeto de felicidade* que envolve o ato assistencial³.

Para as formulações presentes neste artigo, foram utilizadas diferentes fontes, como: dispositivos legais dos SUS, dissertações de mestrado e teses de doutorado, revistas indexadas, documentos institucionais do Ministério da Saúde, além de fontes bibliográficas. Este artigo tratará da regulação do acesso ou regulação assistencial^{4,5} no espaço da micropolítica, ou seja,

na sua dimensão microrregulatória na rotina operacional da assistência, como ação mediata sobre a rede de prestadores de serviços, capaz de ampliar o êxito instrumental das ações de saúde para viabilizar o acesso da população às tecnologias biomédicas, principalmente as de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Também será objeto de reflexões o princípio da integralidade estabelecido pelo SUS e sua interface com a regulação do acesso.

Reconhecendo a importância da ação regulatória no sistema público de saúde, nas últimas duas décadas aprofundou-se a preocupação e as reflexões com a regulação, associada a processos de reforma do Estado e de privatização de atividades anteriormente desenvolvidas diretamente pelo governo, particularmente os serviços de utilidade pública. No contexto dessas reformas, a regulação governamental ganhou proeminência enquanto uma forma central de intervenção do Estado não apenas no mercado, mas em diferentes domínios. Nessa perspectiva, a regulação estaria se tornando um instrumento de política pública que se traduz em mudanças institucionais e se reflete em mudanças na gestão pública.

Este tema tem recebido crescente atenção dos militantes na saúde pública, em geral envolvendo as relações entre os serviços públicos e privados, a relação desses prestadores de serviços de saúde com a população usuária desses serviços, a contenção de custos, as fontes de financiamento e o controle dos mercados e dos prestadores e profissionais da saúde pública, demandando-se do Estado a capacidade regulatória para proteger os interesses gerais e individuais. A assistência à saúde no Brasil inclui diferentes mecanismos de regulação: a propriedade estatal; a regulação do mercado de assistência à saúde e; a regulação de prestadores privados vinculados ao sistema público. Envolvem a regulação dois segmentos distintos: a assistência pública, formalmente de caráter universal e gratuita, institucionalizada no Sistema Único de Saúde, e o segmento privado, denominado de assistência supletiva, que compreende diversas modalidades institucionais que operam planos de saúde, seguro saúde, autogestão, em um mercado altamente competitivo e que foi objeto de uma política regulatória explícita a partir da última década. Esta última dimensão não será objeto de reflexões neste artigo.

Dessa perspectiva é importante ressaltar que o processo de regulação da saúde tem sua trajetória ligada à construção do Estado-nação que, no Brasil, se efetiva a partir da década de 1930, momento em que se instauram as principais instituições que constituiriam a modernidade do Estado brasileiro. O rápido movimento de constituição do aparelho econômico do Estado, de forma centralizada e nacionalmente articulada, entre 1930 e 1945, obedece a um padrão cujas características nem sempre têm sido enfatizadas pela extensa literatura existente. Nessa etapa crucial de constituição do *capitalismo industrial* e do Estado capitalista no Brasil, condensam-se, simultaneamente, num curto período histórico, as múltiplas faces de um processo de organização das estruturas de um Estado-nação e de um Estado capitalista cuja forma incorpora, crescentemente, aparelhos regulatórios e peculiaridades intervencionistas que estabelecem um suporte ativo ao avanço da acumulação industrial⁶.

As instituições e aparelhos criados, assim como os mecanismos e tarefas implementados para dar substância ao processo de reforma do Estado, nesse período transformaram o papel que ele exercera até então^{6,8,10,12,14,16,18,20}. Vale ressaltar, que há um relativo consenso na literatura quanto ao papel do Estado na conformação da ordem industrial, principalmente nos países que se inseriram tardiamente na modernidade capitalista. Por conseguinte, tanto na tradição europeia, como na latino-americana, há consenso em relação ao decisivo papel do Estado na inauguração e expansão das políticas sociais¹⁴, sobretudo na primeira metade do Século XX. Sobre este aspecto, no que tange ao âmbito da saúde, essa expansão do Estado se efetivou por meio de processos que conduziram à ampliação do estado de bem-estar e à aceitação do acesso a serviços de assistência à saúde como parte dos direitos sociais de cidadania^{22 23}. As configurações institucionais e regulatórias que o sistema de saúde foi assumindo ao longo do tempo no Brasil, a partir da década de 1930, marcam diversas etapas com distintas ênfases que caracterizaram um período em que a saúde não seria tratada como um direito social e sim como uma atividade como as demais do mercado²⁴.

Todavia a intenção deste artigo não é tratar de toda a trajetória de regulação pública da saúde pelo estado brasileiro, e sim focalizar a atenção no processo de regulação contemporâneo e sua relação com

a diretriz, e ao mesmo tempo princípio, da integralidade na atenção à saúde, que se estabeleceu na sociedade brasileira a partir da implantação do SUS. Mais precisamente, tem como eixo a CF de 1988, que inaugura mudanças significativas no marco regulatório da saúde no Brasil. Assim, considerando a gama de interesses envolvidos, muitas vezes conflitantes, o processo de regulação que se inicia a partir de então, é marcado por tensões diversas, avanços e recuos. Portanto, trata-se de uma agenda de decisões e ações políticas, cuja pauta se consubstancia numa arena marcada por tensões que derivam de várias ordens de fatores. Isto é, tanto das lutas históricas em torno da reforma sanitária, constituída como um movimento político em torno da ampliação dos direitos do cidadão e da remodelação do sistema de atenção à saúde, tendo a compreensão da saúde como um *direito do cidadão e dever do Estado*, por um lado, como da natureza do pacto federativo brasileiro, portanto, da questão da distribuição de competências e de recursos entre os entes federados, por outro, e, perpassando essas duas ordens de fatores, estão aqueles constituídos pelas diversas frações de interesses econômicos do setor saúde.

Considerando que a regulação, em sua dimensão macro – macrorregulação – se refere à definição das políticas mais gerais das instituições e das regras de funcionamento e à articulação de vários sujeitos, metodologias e processos de trabalho, com vistas a alcançar os objetivos do sistema de saúde, se pode dizer que a definição das regras de funcionamento do SUS, suas diretrizes e seus princípios constituem o marco regulatório do sistema público de saúde no Brasil. Essas regras estão fundamentalmente definidas na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde. Posteriormente, essa regulamentação geral vem sendo detalhada nas diversas Normas Operacionais Básicas editadas ao longo da década de 90 pelo Ministério da Saúde, para onde se deslocou a arena principal de formulação e organização da política de saúde, muitas vezes ferindo a constitucionalidade das diretrizes e dos princípios do SUS. Posteriormente, em 2001-2002 pela Norma Operacional da Assistência à Saúde e em 2006 pelo Pacto pela Saúde, este último uma nova forma de relacionamento intergestores, diferente dos conteúdos das normas anteriores. Para dar concretude operacional aos dispositivos constantes nestas normas

e pactos, diversificado número de portarias ministeriais são editadas anualmente. Em conjunto, estes institutos constituem o arcabouço legal que define o âmbito da macrorregulação do SUS e, no espaço da micropolítica, os mecanismos e ferramentas utilizados na organização, no direcionamento e operacionalização da assistência à saúde no Brasil: microrregulação, que, portanto, se refere ao cotidiano da operação do sistema junto à rede de prestadores para viabilizar o acesso das pessoas aos serviços de saúde.

Dessa forma, a CF de 1988 ao definir a *saúde como direito de todos e dever do Estado*²⁵, estabeleceu as diretrizes para a garantia desse direito em seus artigos 197 ao 200. No art. 197, as ações e serviços de saúde são considerados de *relevância pública*, cabendo ao poder público dispor *sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado*¹⁷. Com isso, a CF determina que a fiscalização e a regulação das atividades de saúde sejam efetivas e objetivas em relação aos serviços de assistência à saúde no Brasil. No entanto, a CF não estabelece que os serviços e ações de saúde sejam uma reserva de direito público, ou seja, não os subtraiu da esfera de livre atuação das pessoas privadas, nem impediu a iniciativa privada de neles livremente atuarem, nem confiou ao Estado a sua titularidade exclusiva ou privativa, conforme bem explicitado no art. 175. Porém, no âmbito mais geral do marco regulatório do SUS, está claro que compete ao Estado uma posição intransferível e indelegável de regulador dos serviços de saúde no Brasil.

Tendo como referência as especificidades das atividades relacionadas ao campo da saúde, a inscrição afirmativa da saúde ser um direito fundamental da pessoa humana na Carta Magna, diversos autores enfatizam que as ações e legislações voltadas para a regulação do sistema de saúde expressam um sentido bem mais abrangente do que apenas uma função de regulação típica das relações de mercado na saúde. Assim, para efeito de circunscrição do objeto deste artigo, seguir-se-á, em grandes linhas, a concepção de regulação que sintetiza a atividade regulatória do poder público no setor saúde como sendo um ato constitutivo do campo da prestação de serviços, exercido pelos diversos atores ou instituições que provêm ou contratam serviços de saúde^{4,5,16,28}.

Ressalvando, que tanto o conceito, como as práticas e finalidades da regulação em saúde ainda são objeto de intenso debate, que se refletem nas tensões entre as distintas compreensões existentes acerca do tema, e suas variações ao longo do tempo, resultantes de entendimentos diversos dos atores sociais que atuam no sistema de saúde, a regulação da saúde pelo Estado brasileiro tem a sua importância dada pelo modelo de prestação de serviços que vem sendo adotado. O processo de regulação constituiu-se ao longo do tempo como a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário, por meio do profissional responsável por seu cuidado e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde¹⁶.

Considerando, portanto, a trajetória recente do processo de regulação da saúde, pós CF de 1988, e buscando compreender a natureza das mudanças introduzidas na regulação assistencial a partir da institucionalização do Pacto pela Saúde, é que se tomam como objeto deste artigo os temas da *regulação assistencial e integralidade na assistência*. Neste sentido, a integralidade é entendida como uma diretriz e um princípio doutrinário do SUS e a regulação do sistema público de saúde como ação mediata tecno-assistencial, que se caracteriza como uma intervenção do poder público na relação entre o cidadão usuário e os prestadores de serviços do sistema de saúde, capaz de melhorar e prolongar a vida dos usuários, por potencializar as ações que minimizam a morbi-mortalidade, principalmente nas situações de urgência e emergência.

Nos instrumentos normativos mais recentes do SUS, a questão da regulação tem merecido destaque nas suas várias dimensões: sobre sistemas de saúde, na atenção à saúde e sua face de cunho mais operacional na rotina dos serviços, compreendendo a regulação do acesso ou assistencial, entre elas a regulação das atividades dos prestadores privados, sejam eles com ou sem finalidade lucrativa, uma vez que a assistência pública é garantida não apenas diretamente por meio de unidades de saúde estatais, mas também de forma complementar ao SUS, por meio de prestadores privados contratados ou conveniados.

É tendo em mente a dinâmica e complexidade das ações destes distintos atores, é que se pode aqui refletir sobre a regulação,

principalmente a partir do Pacto pela Saúde em 2006, no sentido de reconfigurar a política regulatória vigente nas Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais da Assistência à Saúde, formuladas entre 1991 e 2002, para o SUS. Neste sentido, as iniciativas das proposições de mudanças para uma nova forma de relacionamento entre os gestores do SUS, partiram dos estados e municípios da federação que, descontentes e inconformados com o caráter autocrático das NOB e NOAS, por meio das instâncias participativas que os representam, após quase dois anos de discussões e pactuações com o Ministério da Saúde e apoiados pelo Conselho Nacional de Saúde, puseram fim à vigência da série de normas operacionais. Assim, foi gestada, uma nova forma de regulação assistencial e organização do SUS, que contempla o processo de pactuação entre os entes da federação – União, Estados e Municípios – definindo tanto as responsabilidades sanitárias de cada ente federado, como estabelecendo os meios para que o sistema funcione de forma integrada. Tal esforço resultou no Pacto pela Saúde¹⁸ que tinha a forte intenção de resgatar os princípios doutrinários e organizativos do SUS legal, com ênfase nas necessidades de saúde da população em função da integralidade na atenção, novas bases para que o SUS alcance seus princípios, e uma nova forma de relacionamento entre a gestão e os gestores do SUS, promovendo coalizões e novos arranjos institucionais de forma mais solidária e cooperativa.

Tendo este eixo como objeto e referência, o foco desta reflexão faz um recorte na atenção à saúde, dedicando-se a assistência clínica individual, nos níveis secundário e terciário especializados, a partir e pela Atenção Primária em Saúde, na medida em que a garantia do direito cidadão de acesso à saúde é dado, principalmente, pelo conjunto de ações e serviços que se realizam no âmbito desse nível de atenção. Neste sentido, diversos autores afirmam que a APS, como o primeiro nível de atenção, é capaz de propiciar atenção integral para a maioria das necessidades e dos problemas demandados pela população. A Organização Mundial da Saúde foi o organismo que pela primeira vez fez a afirmação que é na APS que está localizada a maior possibilidade de se propiciar resolutividade para a maioria das necessidades sociais por saúde. Para tanto, faz-se necessária a conjugação de ações

coletivas de promoção da saúde, prevenção de doenças e de assistência clínica individual, específicas do setor saúde, mas que por si só não são suficientes para propiciar a atenção integral. É preciso uma abordagem mais abrangente para a resolução dos problemas sociais, o que implica a articulação das diferentes políticas públicas, numa ação conjunta, para alcançar efeito sinérgico nestas situações complexas, com vistas à saúde coletiva. Ademais, é na APS que essas articulações se dão de forma mais efetiva. Isto porque a intersectorialidade supõe essas articulações, não apenas no campo do diálogo e do trabalho simultâneo entre os atores envolvidos, mas, sobretudo, pela busca por resultados integrados. Por sua vez, a integralidade é compreendida como um conjunto de intervenções e meios que apóiam a perspectiva da construção de um sistema de saúde mais justo e solidário, com a organização da demanda e do acesso aos serviços, pressupondo uma atenção resolutiva, focada no indivíduo, na família e na comunidade.

Significa dizer que as ações com vistas a garantir a integralidade na APS não podem ser compreendidas como um *lugar* para o atendimento aos problemas de saúde de menor complexidade. Para que ela se efetive, a atenção primária deve ofertar serviços que sejam condizentes com as necessidades locais, levantadas em *diagnósticos de situação*, para um adequado conhecimento da realidade de saúde de cada localidade e a construção de uma prática resolutiva. Portanto, é a partir da atenção primária que, tendo esgotado sua capacidade resolutiva, inicia-se sua relação com os demais níveis de atenção: secundário e terciário especializados.

Para tanto é imperativo que haja um processo de planejamento e uma programação assistencial – Programação Pactuada e Integrada – elaborados de tal forma que se possa garantir a saúde individual por meio da assistência clínica, esta para cura, controle, recuperação e reabilitação, quando o dano já estiver instalado. Depreende-se, pois, que a regulação do acesso entra neste momento especial do processo assistencial, guardando uma estreita relação com o planejamento, o controle, o monitoramento e a avaliação e com os diversos níveis de complexidade da assistência, com vistas à garantia da assistência integral aos usuários do SUS. Considerando que o processo de adoecimento acomete o indivíduo, que, portanto, requer e demanda

atendimento individual pelos serviços de saúde, ora sendo atendido no nível da atenção primária, ora sendo referenciado para os níveis secundário e terciário da assistência, torna-se imperativo a institucionalização de mecanismos e ferramentas de regulação para serem aplicados à rede de prestadores de serviços. A regulação, então, se configura como ação mediadora capaz de viabilizar a atenção ao indivíduo, oportunamente, e propiciar êxito técnico³ e sucesso prático³ no atendimento às demandas postas pelos profissionais aos serviços de saúde, necessárias para a recuperação, cura ou controle da doença ou agravo, por meio da assistência clínica individual. Resulta, portanto, que para prover e garantir a atenção demandada, essas ações exigem da gestão e dos gestores robustos mecanismos de regulação, em seu senso mais operacional na rotina dos serviços, que funcionem de forma articulada e sintonizada em toda a rede prestadora de serviços, para garantir o sucesso prático dessas ações de saúde. seja no planejamento, na execução ou na avaliação de todo este processo assistencial.

Tendo delineado em grandes linhas o âmbito circunscrito pelo tema da regulação objeto desta reflexão, cabe destacar que o foco da integralidade será o assistencial, restrito ao âmbito de competência do setor saúde, enquanto um dos princípios valorativos do SUS e sua relação com a regulação do acesso enquanto um dos meios para alcançar o êxito técnico e o sucesso prático das ações integrais de saúde.

O direito à atenção integral é garantido a todos os cidadãos, portanto a demanda por recursos assistenciais, principalmente as tecnologias biomédicas de média e alta complexidade, seja pela busca direta do cidadão ou referenciada pela gestão, requer a organização – planejamento, financiamento, controle e avaliação, monitoramento e regulação – do setor saúde para responder a essas necessidades dos diversos segmentos populacionais beneficiários dos serviços públicos de saúde. Se assim não for, o ato de cuidar não passará de utopia em seu sentido negativo. A integralidade na atenção a essas demandas, ainda que individual, não passaria de intenção distante do gesto. A integralidade em seu senso mais geral, portanto abrangendo as diferentes políticas públicas, inclusive nas diferentes dimensões e ações específicas da política pública de saúde, vem sendo exercida enquanto uma utopia ativa, ou seja, quando se alcança determinado

nível de organização e adequação no atendimento às demandas da população, este horizonte desloca-se em função das novas expectativas e necessidades da população, para novamente se ressignificar essas necessidades e ousar organizar e executar novas ações e serviços de saúde, num constante movimento em ondas. Num esforço de síntese, pode-se dizer que a integralidade na atenção à saúde, em seu sentido mais amplo, configura-se num imaginário social convocante, que nunca será alcançado plenamente, mas que sempre estará sendo buscado nos limites da competência do setor saúde: a atenção integral individual e coletiva.

Antecedentes da regulação no sistema público de saúde no Brasil

Do ponto de vista político, não cabe aqui um relato extenso e detalhado da evolução da saúde pública no Brasil, pois o que aqui se pretende é situar os antecedentes da regulação na história e na linha do tempo da saúde brasileira, suas concepções à época e na atualidade.

Com vistas a situar o campo do debate buscar-se-á examinar a trajetória histórica desde os primórdios do processo de regulação da saúde no Brasil, que tem suas raízes na Lei Eloy Chaves, promulgada em 1923, que se configurou no marco regulatório inicial da Previdência Social na sociedade brasileira. Por quase duas décadas, sugiram as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) que eram responsáveis pelos benefícios pecuniários e serviços de saúde para os empregados de empresas específicas. Nesse modelo previdenciário a assistência médica era vista como uma atribuição fundamental do sistema, estimulando a organização de serviços próprios de saúde.

Nos anos 30-45 houve profundas modificações no que se refere à organização e concepção da Previdência Social no Brasil e dentre diversas decisões políticas adotadas, as CAP se transformaram em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), numa concepção muito diferente das antecedentes, com forte presença do Estado,

O país, à época, passava por profundas transformações de ordem política, com sérias repercussões na organização da assistência médica e das ações de saúde pública, dicotomizadas, o que culminou com a fusão dos IAP e o surgimento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em 1966. A criação do INPS pretendia a modernização da máquina estatal, aumentando o poder regulatório do Estado. Permitiu a extensão de cobertura previdenciária para a quase totalidade da população, com o privilegiamento da prática médica curativa, individual e assistencialista, em detrimento da saúde pública^{32, 34, 36}.

Ao mesmo tempo foi criado e/ou ampliado um complexo médico-industrial que teve como consequência a organização do sistema de saúde orientado pelo lucro e com privilégios para os prestadores privados de serviços de saúde. O INPS priorizava, então, a contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços próprios, cuja modalidade de contratação possibilitou o superfaturamento por parte dos prestadores de serviços contratados. Estes prestadores utilizavam meios inescrupulosos para a multiplicação e desdobramento de atos médicos, preferencialmente internações mais caras, com ênfase em serviços cirúrgicos, além da baixa qualidade do pessoal técnico e dos equipamentos¹⁹. Nesse modelo de contratação imperava a corrupção, incontrolável e sofisticada, o que tornava ainda mais onerosa a prestação de serviços assistenciais. Ademais, e como consequência desse sistema perverso no relacionamento público-privado, desnudava-se o caráter discriminatório da política de saúde, pois eram cada vez mais nítidas as desigualdades quanto ao acesso, à qualidade e quantidade de serviços destinados à população urbana e rural, e entre as diferentes clientelas dentro de cada uma destas²⁰.

O país, durante a década dos anos 70, apresentava e reafirmava o modelo dominante, hegemônico - modelo biomédico ou da medicina científica - fragmentado, curativo, portanto centrado na doença, hospitalocêntrico e médico centrado, com privilegiamento das especialidades e dos especialistas, de equipamentos médicos e medicamentos^{19,20,40}. Esse modelo e a crise política apresentavam graves problemas, determinados pela grave crise financeira, decorrentes em grande parte das fraudes existentes no sistema de pagamento às unidades prestadoras de serviços, marcados desvios de verbas

da previdência para megaprojetos do governo como a construção de hidroelétricas, extensas pontes, estradas, rodovias, ferrovias, financiamento de grandes investimentos em hospitais privados sem a devida garantia de retorno desses recursos, relevante aumento dos gastos com internações, consultas, exames complementares para apoio diagnóstico, dentre outros. Grande parte da população permanecia excluída do sistema de saúde e os custos crescentes do modelo assistencial adotado tornavam ainda mais insustentáveis sua manutenção. A falta de controle sobre os serviços contratados criou condições para que a corrupção atingisse níveis que ameaçavam ainda mais o equilíbrio financeiro da Previdência Social 19,20,21,42.

As bases que permitiram a hegemonia do modelo médico-assistencial-privatista, na década de 70, se assentavam no seguinte tripé: o Estado como financiador do sistema, por meio da Previdência Social; o setor privado nacional como maior prestador de serviços de assistência médica; e o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos²¹.

Em função desse cenário, em 1977 criou-se o Sistema Nacional da Previdência Social, com a finalidade de reorganizar a Previdência Social que iria centralizar administrativamente a Previdência. Foram criadas diversas estruturas, dentre elas o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, com importante papel no controle e avaliação dos serviços. Procurando racionalizar os custos do sistema, foram definidos mecanismos de controle dos prestadores de serviços, como, por exemplo, a criação em 1974 da Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social e o estabelecimento da normatização e criação de novas formas de relacionamento público-privado entre as esferas de governo, por meio de contratos, com pagamento por serviços prestados e convênios, contraprestação de serviços, que no SUS ainda persiste para alguns serviços até os dias atuais, sob o jargão de *pagamento por produção* 19.

O descontentamento da população excluída do sistema, o esgotamento do modelo assistencial hegemônico, os inaceitáveis níveis de corrupção e impunidade por um lado e as formulações teóricas, lutas políticas e algumas experiências práticas exitosas de outro lado,

deram nascimento a um movimento social que veio mais tarde a se conformar no Movimento da Reforma Sanitária pelos direitos cidadãos. Estabelecer com fidelidade o início de um movimento social é por vezes difícil, e até mesmo impossível. Com o movimento que resultou na Reforma Sanitária Brasileira ocorreu o mesmo. A literatura disponível apresenta períodos diferentes para o início desse movimento, mas todos são unânimes em afirmar que teve início na década de 70, mais fortemente nos anos finais da década – 1976-1979, ganhando vigor na década de 80, que veio se efetivar como o projeto da Reforma Sanitária Brasileira na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

No início da década de 80, eclodiu a crise anunciada da Previdência Social, sendo possível identificar três diferentes níveis de crise: financeira, ideológica e político-institucional. Uma das medidas propostas para controlar a crise financeira da Previdência Social foi a criação de uma instância reguladora da saúde previdenciária, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com a finalidade de estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de serviços de assistência, indicar a utilização dos recursos financeiros e propor medidas de avaliação e controle do sistema. Com isso o INAMPS assumiu o controle e normatização da atenção médica, em detrimento do Ministério da Saúde, surgindo, então, o que persiste até os dias atuais: o controle e avaliação dos serviços de saúde. O CONASP trouxe para o sistema público uma visão mais racionalizadora, com a finalidade de cortar gastos, para tanto propôs mudanças na sistemática de pagamentos, introduziu novos mecanismos de auditoria e propôs a plena utilização da capacidade instalada dos serviços públicos de saúde, incluindo os estaduais e municipais¹⁹. Este processo regulatório na área da prestação de serviços públicos à saúde da população tinha um caráter meramente controlador de metas físicas e financeiras, desconsiderando a qualidade e a oportunidade dos serviços postos à disposição da população.

O INAMPS estabeleceu convênios privilegiados com entidades filantrópicas, incrementou os gastos com o setor público, apoiou os grupos de alta tecnologia e manteve a prática clientelista oriunda do sistema político. A tensão entre o Ministério da Saúde e o Ministério

da Previdência e Assistência Social acentuava-se, em virtude da maior agilidade, aporte de recursos e recusa a unificação por parte do INAMPS. Como resultado, o INAMPS passa de prestador a financiador e gestor do sistema de saúde, ficando a prestação de serviços delegada aos estados. Para a assistência médica hospitalar eram destinados vultuosos recursos da máquina previdenciária, enquanto que para a saúde pública eram destinados escassos recursos do Tesouro Nacional ou fomentos concedidos por organismos internacionais.

Por outro lado, o financiamento por produção de consultas, exames, procedimentos, internações, limitava, decisivamente, a expansão das atividades preventivas e coletivas. O país dispunha de uma rede de saúde, muito mais focada na produção de procedimentos médicos para apoio diagnóstico e pouco integrada, inexistindo o conceito de redes integradas de saúde, e mal distribuída segundo as regiões administrativas do Brasil.

Paralelamente, e em consequência de todas essas dificuldades, foi surgindo um movimento portador de uma nova proposta de saúde, que ampliava seu conceito para além da ausência de doenças e que defendia a saúde como direito de cidadania e dever do Estado. Como resultado desse movimento, ocorreu na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, o estabelecimento de um consenso político que permitiu a conformação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira.

Na medida em que houve uma articulação adequada entre os diferentes atores responsáveis pelo desenho do novo sistema de saúde pretendido, após muitas lutas, em 1987 foi instituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, quando houve a estadualização das ações e serviços de saúde pertencentes ao MS e ao INAMPS. Muitos estados da federação permaneceram seguindo a cultura institucional do INAMPS, de mero controlador da produção de serviços pela rede de prestadores focado no número, enquanto a Assembléia Nacional Constituinte debatia, dentre outros temas, a criação de um sistema público de saúde, cujas diretrizes e princípios já haviam sido objeto de debates e definições pela 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, para inscrevê-lo na CF. Era um momento de lutas em defesa da reconstrução democrática e resgate da dívida social, acumulada há décadas, e com enormes desafios sanitários para o país^{19,20}.

Em 1988 o SUS é criado por meio da CF, como coroamento do Movimento da Reforma Sanitária, que se configura na mais completa política pública inclusiva e maior conquista política e social que o país já pode desfrutar no campo da saúde pública, por seus princípios éticos e doutrinários, organizativos e operacionais, fundamentados na cidadania, fortemente orientado pela descentralização político-administrativa, com ênfase na municipalização das ações e dos serviços de saúde. O SUS surge com um conceito ampliado de saúde, cuja desafio principal é conceber a saúde como um projeto que iguala a saúde com condições de vida. O direito à saúde, nesta visão, se confunde com o direito à vida¹⁹.

O SUS e suas ações são definidos na CF como sendo de relevância pública, o que significa dizer que lhe é atribuído o poder de regulamentação, de fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde, independentemente da execução direta do mesmo. As competências decorrentes da relevância pública envolvem, certamente, o exercício de um poder regulador, de arbitragem e de intervenção executiva por parte das esferas do poder público e, por consequência, de suas agências de prestação de serviços⁴⁸.

A macrorregulação da assistência à saúde no Brasil parte, então, da Constituição Federal de 1988 e das Leis Federais nºs 8.080/90 e 8.142/90 que regulamentam o SUS. Assumindo que a macrorregulação se refere à definição de regras de funcionamento e à articulação de vários agentes com vistas a alcançar os objetivos do sistema de saúde, pode-se dizer que a definição das regras de funcionamento do SUS, se constitui no marco regulatório do sistema público de saúde no Brasil. Reafirma-se que essas regras estão definidas em seus fundamentos básicos na CF de 1988, na LOS e nas diversas Normas Operacionais editadas a partir de 1991 pelo Ministério da Saúde, para onde se deslocou a arena principal de formulação da política de saúde. Pode-se dizer, portanto, que esse arcabouço legal caracteriza o modelo de regulação estatal do SUS, embora ele conviva em grande parte com a auto-regulação profissional. A Lei 8.080/1990 regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas, de direito público ou privado. Essas características exigem do SUS, dentre

outras, atribuições de controle e fiscalização. Dentre essas atribuições, comuns a União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios, a lei estabelece a elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde; a atribuição dos governos de promover a articulação da política e dos planos de saúde; a definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde.

O Brasil possui um sistema dual, na medida em que o sistema público nacional convive com um sistema e saúde suplementar. Portanto, paralelamente ao processo de implementação do SUS ocorreu o estabelecimento da política regulatória voltada para o segmento privado da saúde, com definições e um redirecionamento das atribuições públicas, passando a enfatizar políticas voltadas para o mercado, que se expandia e se consolidava como o sistema privado, ou supletivo, de assistência à saúde²⁰. Apesar de a CF ter sido promulgada em 1988, apenas a partir de 1996 foi estabelecida uma política regulatória para o segmento privado da assistência no Brasil, o que foi feito de forma desarticulada com a regulação do sistema estatal. Essa regulação, que não é objeto deste estudo, tem as características da regulação de atividades de mercado, na perspectiva econômica que foca a regulação como uma forma de intervenção do Estado na economia, e tem como finalidade garantir os direitos dos consumidores privados, dado o interesse público envolvido na produção de serviços de saúde²³.

Com o processo de municipalização da saúde brasileira, iniciado a partir de 1993 com a NOB/SUS 93, ampliada pela NOB/SUS 96, abriu-se, porém, novas perspectivas, embora houvesse contrapontos com os dispositivos constitucionais. Foi preciso, em 1993, a extinção dos INAMPS para que as diretrizes e princípios do SUS pudessem realmente ser implementados. Em consequência, foi instituído o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), com um Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS, com a competência de proceder à avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS, realizada de forma descentralizada, com a atribuição de controle da execução dos serviços, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações de risco técnico e administrativo; a avaliação da

estrutura, dos processos e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade; e auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas físicas e jurídicas^{19,20,21,23}.

Para este sistema de controle, avaliação e auditoria, em que pese seu importante papel de verificar as ilegalidades e irregularidades que eram abusivamente cometidas por grandes prestadores do segmento privado vinculado ao SUS, parecia ser mais importante impedir o prestador de serviços de transgredir do que induzir processos em defesa da garantia do acesso e da qualidade do atendimento à população usuária do SUS.

Assim, o SUS herdou uma rede de prestadores de saúde que representava um grande desafio para a assistência integral. O grande número de centros e postos de saúde no país sofreram com as restrições orçamentárias, as soluções de continuidade na reposição de recursos humanos, e sempre estiveram em segundo plano diante da rede hospitalar. Nem ao menos havia um sistema de financiamento para as ações municipais que não estivessem ligadas ao atendimento e aos procedimentos médico-individuais para a assistência clínica. Inquestionavelmente a efetivação da política pública de saúde depende da existência de uma rede prestadora de serviços, que vem se expandindo ao longo dos tempos em função das necessidades sociais. A rede prestadora privada de maior complexidade também vem sendo incrementada, com foco nos lucros, principalmente nos hiatos mais complexos e mais rentáveis deixados pelo setor público. A forte penetração dos interesses desses prestadores privados nas instituições governamentais do SUS garantiu que esses interesses fossem protegidos, e não se desenvolveu uma ação reguladora que garantisse a preservação do interesse público na compra de serviços. Este legado gerou, na atualidade, a necessidade de regulação governamental para publicizar a rede privada, fazendo valer o interesse público em função de garantir o acesso universal²³.

Num outro campo de análises, este rol de dificuldades histórico-explicativas da evolução do controle, avaliação e regulação, fortalecia o entendimento de que uma macrorregulação que estabelecesse claramente a forma de inserção do setor privado no sistema de saúde,

deveria frequentar sistematicamente a agenda e os debates dos gestores do SUS, em função das legislações infraconstitucionais, na forma de portarias, que tentavam regular o sistema, mas sem muita clareza e consistência e muitas delas carregadas de inconcituções.

Na medida em que não houve uma articulação adequada entre os diferentes atores responsáveis pela gestão do sistema de saúde nas diferentes esferas de governo, a operacionalização do SUS tal como vinha sendo tratada nos últimos instrumentos normativos, desencadeou uma nova norma – a NOAS, que trouxe no seu cerne o tema da regulação, e propunha implantar “sistemas de regulação” ou “complexos reguladores”. Esse esforço da NOAS/02, quando à regulação assistencial ganhou relevo, se limitado à regulação da atenção à saúde com forte ênfase para a regulação do acesso, voltada para o cotidiano das necessidades do SUS.

Em função dos diferentes pontos de vista dos gestores do SUS sobre a NOAS, permaneciam os acirrados debates em torno da forma como a operacionalização do SUS no dia a dia vinha sendo tratado desde a NOB 91, normativa e verticalizante, o que culminou com a publicação do Pacto pela Saúde em 2006, entretanto sobre a regulação o pacto mantém alguns conceitos da NOAS e amplia seu significado, sendo, inclusive, um dos eixos do Termo de Compromisso de Gestão do Pacto Pela Saúde.

Atualmente, no Pacto de Gestão do SUS, uma das dimensões do Pacto pela Saúde, os gestores da saúde pactuam responsabilidades entre os entes federados, construindo alianças em torno de suas necessidades e em função de suas capacidades técnicas próprias, respeitando as peculiaridades de cada sistema localregional, edificando diferentes possibilidades de arranjos institucionais em suas distintas instâncias de atuação no âmbito nacional e subnacional de governo, para a conformação do melhor desenho organizacional, regionalizado, para a prestação da atenção à saúde da população. Esse pacto firmado entre os gestores do SUS, a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças localregionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de cogestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos

de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, valoriza a cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite, que estimule critérios de equidade nas transferências fundo a fundo⁵³.

No que se refere aos avanços obtidos em relação à regulação no sistema público de saúde, conseqüentes do Pacto pela Saúde e ressalvando, que tanto o conceito como as práticas ainda careciam de amadurecimento, foi editada a Política Nacional de Regulação no ano de 2008, que traduz-se no último regramento conceitual e operacional do SUS sobre o tema, cujo escopo conceitual será tratado mais adiante.

A polissemia conceitual sobre regulação tem por vezes se apresentado de forma abrangente, sendo utilizada de forma articulada com o controle, avaliação, planejamento e, de certa forma, se confundindo com a gestão²⁵, entretanto, também, vem sendo aplicado num espaço mais micro, a que se denomina regulação assistencial ou de acesso. Esclarecer essa concepção ou mesmo identificar as conexões entre esses processos macro e micro e suas atividades faz-se importante na rotina operacional dos serviços, pois, por não raras vezes, observa-se confusão conceitual e, conseqüentemente, profundas descontinuidades e rupturas no cuidado dos beneficiários dos serviços. Mesmo com a descentralização da saúde, por meio da municipalização ou regionalização, não foi possível garantir a regulação do acesso à assistência, sob a qual há reflexos das ações consubstanciadas no modelo anterior de saúde, ou seja, alto grau de centralização, verticalização das ações, das decisões e normatizações, caracterizando fragmentação da ação por todo o país, no aspecto de promover a saúde da população.

Na trajetória histórica da implantação do SUS, os anos 90 foram os mais críticos, quando o modelo proposto enfrentava o teste da realidade. O processo de regulamentação do SUS foi gerando efeitos sobre sua configuração institucional, ora confirmando e reforçando aspectos previstos, ora desvirtuando seu desenho original, muitas vezes apontando para mudanças importantes em sua lógica, vivendo momentos paradoxais na sua implementação⁵⁵, e nesse mar de ondas turbulentas também navegava a regulação, cheia de indefinições e crises de identidade, que ainda persistem até os dias atuais.

É importante ressaltar que o estudo da trajetória da política de saúde no Brasil, evidencia os constrangimentos objetivos para a consolidação da macrorregulação legalmente estabelecida, bem como da regulação do acesso, pois de algum modo as escolhas do passado se naturalizaram e conformaram a preferência por serviços não regulados, ou pouco regulados, tanto públicos como privados, que ainda continuam repercutindo no sistema na atualidade.

Esta breve retrospectiva histórica não expressa a trajetória da política de saúde no Brasil em sua completude, pois tem apenas a finalidade de localizar o controle, avaliação e auditoria como precursores da regulação da atenção à saúde, ainda que essas funções persistam até os dias atuais, e enfatizar os efeitos institucionais da dependência de trajetória dessa política temática nestes vinte anos de SUS e sua repercussão político-institucional no momento atual da gestão do sistema

Conceitos, concepções e dilemas conceituais

A revisão teórica para sustentar estas reflexões se relacionou aos temas regulação assistencial e a integralidade. Para a integralidade há uma vasta publicação abordando seus diferentes matizes, entretanto em relação à regulação do acesso, ou assistencial, no sistema público de saúde o mesmo não ocorre, uma vez que a busca por referenciais teóricos mostrou a escassez de produção científica sobre o tema. As reflexões aqui propostas restringir-se-ão às dimensões já explicitadas na introdução deste artigo: a dimensão da atenção clínica especializada, dirigida a indivíduos, segundo as exigências de cada caso e em todos os níveis de complexidade²⁶.

Regulação

O conceito e a compreensão do que seria regulação estatal na saúde não tem sido uniforme. Existem noções que tomam a regulação estatal na saúde apenas como o ato de regulamentar, de elaborar as

regras, normas, leis, decretos - macrorregulação. Outras consideram regulação em saúde apenas o conjunto de ações mediatas que se interpõem entre as demandas dos usuários e seu acesso aos serviços de saúde, traduzidas enquanto fluxos, protocolos assistenciais, centrais de internações, centrais de consultas e exames e outras, além dos processos de trabalho correspondentes - microrregulação e, há ainda, os que entendem a regulação do acesso apenas como o cumprimento das regras gerais estabelecidas na macrorregulação^{16,58}.

Em função desses diferentes pontos de vista, serão apresentadas, em grandes linhas, as dimensões da regulação tratadas pelos principais autores que abordam o tema no Brasil. Analisando de uma perspectiva mais abrangente, as funções dos sistemas de serviços de saúde podem ser agrupadas em três macrofunções: a regulação, o financiamento e a prestação dos serviços de saúde⁵⁹. A macrofunção de regulação dos Sistemas de Serviços de Saúde está sujeita a quatro formas de regulação: a regulação estatal, a autorregulação, a regulação social e a regulação mercadológica. A 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* desses sistemas, de forma a regular o comportamento dos atores sociais e a satisfazer as demandas, necessidades e representações da população²⁸. O que está sendo considerado neste estudo é a regulação estatal, isto é, o modelo tecnocrático de regulação, inerente à função do Estado num sistema público de serviços de saúde.

Ao se descrever a regulação em sistemas públicos de saúde, tem-se utilizado um sentido mais amplo do que a mera regulamentação dos mercados, estando a regulação relacionada a uma função desempenhada pelos sistemas de saúde em geral, nos quais o Estado é tanto o proprietário quanto o gestor, e o sistema público é responsável pelo financiamento e pela produção da assistência^{28,62}. A regulação em sua dimensão da micropolítica - microrregulação - é definida como sendo a utilização de diferentes técnicas voltadas para a busca do equilíbrio entre a oferta, a demanda, com o objetivo de alcançar a eficiência e a integralidade na atenção, com equidade²⁹, tendo o financiamento dessas ações como pano de fundo para agregar valor

à gestão do SUS. Esse conceito de microrregulação, ou regulação do acesso, pode ser ampliado, ao reafirmá-la com sendo uma ação mediata, que consiste em articular e conjugar as respostas potenciais do sistema, para o conjunto dinâmico das demandas da população, operacionalizando seu acesso aos serviços e que, além disto, implica na avaliação do que foi planejado nos vários recortes da assistência, ou seja, dotar a gestão de uma inteligência reguladora⁴.

A atividade de regulação das ações e serviços de saúde tem como princípio o caráter de relevância pública destas ações e serviços, a supremacia do interesse público sobre o interesse particular e a complementaridade da participação do setor privado no SUS, como bem ampara a CF. Assim, então, incumbe ao Poder Público estabelecer as normas e os padrões de funcionamento e qualidade para as estruturas de produção de bens e serviços e os produtos que interessem à saúde⁶⁵. A ênfase na relevância pública se justifica na área da saúde em função de que incumbe ao Ministério Público intervir junto ao Poder Público em defesa dos direitos dos cidadãos, quando da indisponibilidade, seja por insuficiência ou por inexistência, dos recursos assistenciais que necessitam, individual ou coletivamente. Complementando este conceito, pode-se afirmar que a regulação em saúde é constitutiva do campo da prestação de serviços e que tem sua importância dada exatamente pelo modelo de prestação de serviços adotado pelo Brasil ao longo do tempo¹⁶ e, conseqüentemente, pela forma como a demanda e a oferta são considerados.

Ao SUS, por meio das diferentes instâncias e órgãos de saúde pública, compete o desenvolvimento de instrumentos e metodologias que contribuam para a concretização das diretrizes e dos princípios constantes na Constituição Federal, Na Lei Orgânica da Saúde das NOB e NOAS e, mais recentemente, no Pacto pela Saúde 2006. Dentre os diversos princípios organizativos do SUS, ganha relevância na última década a regulação assistencial enquanto possibilidade concreta para viabilização do acesso efetivo e eficiente dos cidadãos a todas as ações e serviços assistenciais necessários para a solução de seus problemas, prestados pela rede pública e privada, portanto o primeiro pressuposto da regulação é a definição clara da rede a ser regulada.

O recente debate sobre regulação do acesso no âmbito da saúde, historicamente com pouca acumulação conceitual, que teve início em 1999, foi inscrito na NOAS/SUS 01/2001, editada com o objetivo de desenhar e organizar a regionalização da assistência, buscando enfrentar o que foi denominado de *atomização do SUS* em sistemas municipais isolados, remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal por meio do Plano Diretor de Regionalização. Entretanto não houve consenso nesse debate, sendo a NOAS/SUS 2001/01 publicada sem a devida apreciação pelo CNS. Tanto é verdade que no ano seguinte foi editada a NOAS/2002, com modificações importantes, mas que ainda estavam longe de refletir os principais consensos que permeavam este tema⁶⁷.

Dessa perspectiva, é importante ressaltar a regionalização como estratégia para conformar uma rede de atenção à saúde intermunicipal, de referência especializada, funcional e resolutive, que faz exigências à perfilização dos diferentes serviços em função de sua vocação especializada, conseqüente organização dos fluxos de referência e contrarreferência, assim como à implantação de instrumentos e adoção de estratégias que intermediassem o acesso dos usuários aos serviços, trazendo para a pauta o conceito de *regulação assistencial*, em substituição às proposições esparsas de implantação das centrais de controle de vagas e leitos, consultas e exames, vindas desde a NOB/SUS 93.

Com isto, o que se verifica é que a partir de então o debate sobre a regulação assistencial é incorporado e passa a ser objeto de pauta constante na arena política do SUS e, nesse sentido a regulação de caráter assistencial possibilita o estabelecimento de uma relação concreta entre a demanda e a oferta disponível e é definida como sendo a disponibilização da melhor e mais adequada opção assistencial para atender a determinada demanda do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, que deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem diferentes unidades de trabalho³¹. Nesta perspectiva, a regulação assistencial encontra-se repartida tematicamente em regulação das urgências e emergências, regulação do acesso às internações e aos leitos hospitalares para o controle da disponibilidade, acessibilidade e utilização dos mesmos,

de consultas especializadas, de exames diagnósticos, de tratamentos fora dos domicílios, transplantes de órgãos e a medicamentos de alto custo, dentre outros de igual importância.

Desse ponto de vista entende-se que, numa perspectiva mais restrita, que a microrregulação ou regulação assistencial, traduz o cotidiano do sistema, de cunho mais operacional na micropolítica, em observância às regras gerais estabelecidas na macrorregulação¹⁶. Esta idéia é complementada ao afirmar-se que, em um sistema assistencialmente regulado, o usuário, ao adentrar a rede de serviços, passa a ser direcionado pelo sistema, por meio das ações regulatórias⁴.

Todas estas ações de regulação do acesso compõem os complexos reguladores, que são estruturas que devem atuar intermediando a relação entre os vários serviços, conformando uma rede de atenção, determinando o fluxo dos usuários no sistema e gerando um canal de comunicação aberto junto à população, por meio dos quais as demandas por tecnologias biomédicas são recebidas, avaliadas e classificadas segundo o risco - equidade - e a resposta fornecida oportunamente, de acordo com as necessidades de cada situação singular, com o conseqüente acompanhamento da solução para o alcance do êxito final da intervenção. Entende-se que os complexos reguladores são macroestruturas que agregam todas essas ações da regulação do acesso à assistência, de modo articulado e integrado, gerenciando adequadamente a demanda à oferta de serviços disponível, sempre levando em conta o risco e avaliando as necessidades reais em saúde. Essas estruturas permitem a integração dos dispositivos de regulação do acesso, como as centrais operacionais e suas unidades de trabalho, compreendidas como sendo centrais de internação, centrais de agendamento de consultas e exames especializados, os protocolos integrados de regulação, que associam a clínica com os fluxos operacionais, com outras ações necessárias à atenção à saúde como: cadastramento de estabelecimentos, prestadores e usuários, contratualização da rede complementar, controle e avaliação, auditoria clínica, bem como com outras funções de gestão, como o planejamento e programação assistencial, monitoramento e avaliação, próprios de um processo de regionalização. Essas possibilidades que permitem os complexos reguladores na organização das ações assistenciais são da

maior importância no sentido da garantia da integralidade das ações de saúde, com qualidade e, para tanto, deve ser dotada de inteligência regulatória, que pressupõe o estabelecimento, a adesão e o uso de protocolos, que regram essa relação demanda e oferta, por meio de profissionais devidamente qualificados e que foge da cronologia da fila de espera, operando sempre em função dos princípios da equidade assistencial, ou seja, classificando o risco⁷¹.

Tais assertivas delimitam claramente a ambiência da regulação assistencial para garantir o acesso dos cidadãos aos serviços e às tecnologias biomédicas no momento atual do SUS, ou seja, por atuar sobre a oferta dos serviços a regulação deve ser entendida como a capacidade de intervir no processo de prestação de serviços, portanto, sobre a rede de prestadores de serviços, orientando sua execução, por meio de mecanismos indutores, normatizadores e regulamentadores.

Pode-se falar de uma tensão envolvendo a regulação do acesso, às vezes de viés restritivo, com vistas a adequar a demanda à oferta disponível e uma regulação ampliada, que preconiza a integração com ações de controle e avaliação, planejamento e programação. No entanto, mesmo esta concepção ampliada, vem se restringindo à regulação da assistência clínica de média e alta complexidade, ambulatorial e hospitalar, não tratando, portanto, da regulação na atenção primária em saúde e, muito menos, das ações inerentes à vigilância em saúde.

Este cenário de tensão se justifica pelos diferentes interesses representados, que colocam, numa mesma arena política, de um lado os gestores da saúde a quem cabe zelar pela vida como um valor e os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado direto ao cidadão, e de outro lado, os prestadores de serviços, que têm enquanto valor os lucros financeiros com a doença e com os doentes. Por isto, a regulação vem assumindo a centralidade nos debates e nas ações do SUS, ao lado do financiamento e da integralidade, o que levou o MS a editar a Política Nacional de Regulação do SUS em 2008, que vinha sendo debatida desde 2005, buscando superar estas deficiências, partindo dos conceitos, práticas e finalidades restritivas *inampianas* de *controle, avaliação e auditoria*, para chegar ao conceito de regulação como ação social mediata, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que toma como objeto, para regulamentação, fiscalização e controle, a

produção de bens e serviços no setor saúde³². A partir deste conceito de regulação e da análise da experiência histórica do SUS, as discussões preliminares ao estabelecimento da Política Nacional de Regulação criticavam o conceito de regulação existente no setor público de saúde, propondo uma reformulação dos conceitos existentes para ser entendida como uma ação sobre sistemas de saúde (Regulação sobre Sistemas), sobre a produção direta das ações de saúde (Regulação da Atenção à Saúde) e sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde (Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial)^{31,32}.

Com este conceito, a Política Nacional de Regulação³², regulamentação consequente ao Pacto pela Saúde^{18,76}, busca uma articulação e integração das conhecidas ações de *controle, avaliação e auditoria* com outras ações de regulação, todas tomadas em seu duplo foco: sobre a atenção à saúde e; num espaço mais micro, sobre a assistência clínica direta aos usuários (regulação do acesso) e sobre sistemas de saúde (estaduais e municipais). Propõe uma nova política de regulação da rede de prestadores de serviços para o SUS, onde as ações de regulamentação, fiscalização, controle, avaliação e auditoria da produção de bens e serviços em saúde sirvam, de fato, como ações mediatas, oportunas e facilitadoras das ações fim da atenção à saúde, que efetivem a universalidade e equidade do acesso, a resolubilidade e a integralidade do cuidado, enfim, ações meio que ajudem a criar as condições objetivas para uma atenção à saúde, pautada pelas demandas, necessidades e direitos dos usuários.

Sem receio de erro, pode-se afirmar que o significado de regular em saúde, com seus desdobramentos, transita entre o saber técnico-político-administrativo e o saber leigo, com as já constatadas consonâncias e dissonâncias conceituais²⁶.

Em função dessa diversidade conceitual e de apreensão desses conceitos, como forma de discriminar os campos de atuação da regulação segundo distintos sujeitos, objetos, ações e finalidades, a recente reformulação dos conceitos de regulação na saúde pública do Brasil, por meio do Pacto pela Saúde e da Política Nacional de Regulação, passa por três dimensões: a regulação sobre sistemas, a regulação da atenção à saúde e regulação do acesso ou assistencial.

Regulação dos Sistemas de Saúde

A regulação sobre sistemas de saúde comporta ações de regulamentação geral, estabelecendo as regras do gestor federal sobre os sistemas estaduais, municipais, os produtores de bens e serviços em saúde e sistemas privados vinculados à saúde suplementar; do gestor estadual sobre os sistemas municipais e os produtores de bens e serviços em saúde e; do gestor municipal sobre os produtores de bens e serviços em saúde, bem como a autorregulação de cada esfera de gestão sobre seus próprios serviços^{18,31}. Essa conceituação encontra alguma resistência, pois leva à interpretação de que um ente federado tem ascensão sobre outro, e nenhum deles não pode e não deve ferir a autonomia do outro similar, pois toda e qualquer regulamentação e ações regulatórias do sistema deve se dar de forma negociada e pactuada.

A regulação sobre sistemas compreende as seguintes ações: regulamentação geral (por meio de leis, decretos, portarias, instruções de serviços), planejamento, financiamento e fiscalização do sistema de saúde, monitoramento, controle sobre sistemas, avaliação dos sistemas, macrodiretrizes para a regulação da atenção à saúde, auditoria assistencial ou clínica, controle social e ouvidoria, corregedoria, vigilância sanitária e epidemiológica, avaliação e incorporação tecnológica em saúde e ações integradas com outras instâncias de controle público, bem como a regulação da saúde suplementar³².

Regulação da Atenção à Saúde

A regulação da atenção à saúde tem como objeto a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem: cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde, cadastramento de usuários, contratualização de serviços de saúde, credenciamento e habilitação de estabelecimentos para a prestação de serviços de saúde, macrodiretrizes para a regulação do acesso à assistência, elaboração

e incorporação de protocolos de regulação que ordenem os fluxos assistenciais, processamento e monitoramento da produção de serviços ambulatorial e hospitalar, programação assistencial utilizando a Programação Pactuada e Integrada como meio para viabilizá-la, avaliação de desempenho dos serviços de saúde, avaliação dos indicadores epidemiológicos e das ações e serviços de saúde, utilização dos sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso, bem como o controle da atenção à saúde^{31,32}.

Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial

Espera-se que num sistema de serviços de saúde, a maioria das necessidades da população deva ser atendida e resolvida na atenção básica, e que os problemas de saúde que não possam ser resolvidos nesse nível de atenção sejam encaminhados para resolução em outros níveis, como os ambulatoriais especializados, hospitais, emergências etc., necessitando, para tanto, de fluxos assistenciais e de informações bem estabelecidos entre os distintos sistemas de saúde e serviços. Cada um desses serviços oferecendo um conjunto de tecnologias biomédicas e apresentando um conjunto de distintos procedimentos capazes de proporcionar êxito terapêutico.

Com essa perspectiva, conceitua-se a regulação assistencial como sendo um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes. Configura-se em acordo com os objetivos postos pela atenção à saúde pode promover a adequação da demanda à oferta disponível, buscar redução de custos, independentemente das necessidades dos usuários, privilegiar acesso a alguns serviços e dificultar a outros, segundo interesses tecno-científicos. Por outro lado, por estar inscrita dentre as diretrizes operacionais do SUS, deve viabilizar o acesso do usuário aos serviços de saúde, de forma a se adequar à complexidade de seu problema, os níveis tecnológicos exigidos para uma resposta humana, oportuna, ordenada, eficiente e eficaz^{27,31,32}.

Cada uma dessas definições citadas traz o significado de regulação do acesso e, num esforço de síntese, pode ser compreendida enquanto meios e ações para a garantia do direito constitucional da integralidade, de forma equânime, com qualidade no atendimento, amparada em protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados, incidindo sobre a rede de prestadores de serviços para garantir acesso da população aos níveis secundário e terciário da assistência clínica individual.

Uma vez conceituada, pode-se afirmar que a missão da regulação envolve a difícil tarefa de conciliar os diferentes interesses representados, sem nunca perder de vista a garantia do acesso e a qualidade dos serviços ofertados aos usuários do SUS, tendo o arbítrio de intervir na qualidade desses serviços e suas ações, com cuidadosa observância dos recursos financeiros, visto que além de agregar valor à atenção prestada aos cidadãos, também compete à regulação agregar valor aos processos de trabalho da gestão do SUS.

Nesta perspectiva, a regulação do acesso tem como pressupostos: respeito e o favorecimento do direito dos usuários; a combinação de estratégias cooperativas e coercitivas para a garantia do acesso; conduta responsável dos reguladores e dos regulados; interface com as demais funções da gestão para gerar soluções compartilhadas; transparência no processo decisório e participação da sociedade, por meio das instâncias que os representam ou diretamente, promovendo críticas construtivas, reclamações e até mesmo denúncias.

A Política Nacional de Regulação do SUS aponta como objetos da regulação assistencial a programação, a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do sistema e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, os prestadores de serviços e aqueles que justificam sua razão de ser – os cidadãos – sendo estabelecidos pelo complexo regulador e suas unidades operacionais, e esta dimensão abrange a regulação médica, no exercício da autoridade sanitária para a garantia do acesso, baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. Essa política, caracteriza-se como um dos instrumentos da gestão do SUS que visa dar maior eficiência, eficácia e efetividade ao sistema, na garantia de acesso da população às tecnologias de que necessita,

oportunamente, para a solução ou minimização do (s) seu (s) problema (s). Tem relação direta com o princípio da resolubilidade, uma vez que o sistema de saúde deve ser composto por uma rede de ações e serviços organizados de tal forma que, se acaso uma determinada unidade da rede não dispuser de condições para atender às necessidades do usuário, se saiba exatamente para onde referenciá-lo, viabilizar o acesso aos serviços mais complexos, ter resposta satisfatória ao atendimento demandado e tê-lo de volta, reencaminhado para a equipe de atenção básica a qual esteja vinculado – sistema de referência e contrarreferência.

Como ações principais da regulação do acesso tem-se: observar as regras inerentes à regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências e emergências; regulação do acesso às internações e aos leitos disponíveis e os recursos vinculados; os agendamentos de consultas, exames e procedimentos especializados; normatização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos de regulação assistenciais e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e referências intermunicipais e interestaduais previamente pactuados.

Seus principais objetivos são: qualificar os encaminhamentos da população aos diferentes serviços de saúde; realizar a gestão da clínica, classificando as necessidades clínicas do usuário; esgotar e racionalizar todas as alternativas propedêuticas em cada nível de complexidade do sistema de serviços de saúde; estabelecer fluxos assistenciais na perspectiva de rede de serviços funcionais e resolutivas e; garantir o acesso do usuário à tecnologia assistencial adequada as suas necessidades no momento oportuno, entendendo-se por oportuno a disponibilidade da melhor opção assistencial demandada, na hora certa segundo a classificação do risco, no lugar certo, na quantidade necessária, de forma humanizada e qualificada.

Para finalizar é importante salientar que a regulação é um instrumento essencial para salvaguardar o direito inequívoco de todos os cidadãos a um sistema de saúde mais justo, solidário e equitativo, portanto lhe compete evitar as disfunções no acesso à saúde e prevenir seu aparecimento através de uma intervenção que defenda expressamente o direito à vida, cabendo-lhe, também, realçar as não

conformidades, sempre amparada em protocolos clínicos e submissão da prática médica à evidências e consensos científicos. Deve estar articulada com a gestão da clínica e de patologias, com vistas a verificar a necessidade de disponibilização de um conjunto de ações e serviços dirigidos aos problemas mais freqüentes da população.

Integralidade

A integralidade admite diferentes concepções e dimensões. Sua polissemia por si só explicaria a dificuldade de mensurá-la; suas dimensões tornariam ainda mais dificultosas sua mensuração. As expectativas de cada usuário do SUS, carregadas de subjetividade, as diferentes visões de mundo, o modelo da medicina científica que leva à percepção de que quanto mais sofisticada e onerosa a tecnologia assistencial melhor a atenção à saúde, o conceito de saúde e doença, e sua relação com as demais políticas públicas, tornam o conceito e a percepção da integralidade absolutamente diversificados, portanto mensurá-la seria um desafio improvável.

A integralidade, como princípio e diretriz geral para organização do sistema público de saúde e suas práticas, apesar de estar pautada nos debates desde o final dos anos 70 do Século XX, ainda é uma possibilidade que impõe desafios de várias ordens de dificuldades para que possa vir a ser alcançada no Brasil, minimamente no que for passível e possível de ser viabilizado pelo setor saúde. Talvez, dentre os princípios do SUS, a integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema e de suas práticas desde sua inserção na CF em 1988. Na realidade, a questão da atenção integral aparece com vigor nos debates desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, reunida em Alma-Ata, em 1978. A partir de então, o tema vem sendo discutido e incluído como diretriz nos documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde³³ e dos países signatários. Nesse sentido, a própria Declaração de Alma-Ata explicita que os cuidados primários de saúde devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e

dando prioridade aos que têm mais necessidades³³. Esses cuidados expressam a necessidade de ação conjunta de todos os governantes e sujeitos sociais envolvidos com o setor saúde com a finalidade de propiciar um ambiente de justiça social. A Declaração estabeleceu como meta a garantia do acesso à saúde para todas as pessoas, a partir da APS, como primeiro nível de contato do cidadão com os serviços de saúde, constituindo-se no início de um processo hierarquizado de atenção, para alcançar os níveis secundário e terciário, necessários para a qualidade da atenção à saúde^{33,34}, traduzindo-se como o direito social mais relevante, intimamente ligado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana, verdadeiros direitos públicos subjetivos que devem ser garantidos, observando uma ética em busca da justiça social³⁵.

Esses movimentos instituintes da atenção integral, que se iniciaram em Alma-Ata em 1978, e que se sucedeu em diversos países do mundo no formato de Conferências Internacionais, reforçaram no Brasil o Movimento pela Reforma Sanitária nos anos 80. Esse movimento social, que teve seu início na década de 70, mais fortemente nos anos finais da década, ganhou força e importância nos anos 80, culminando com a institucionalização de um sistema estatal, único, na CF, na qual a atenção integral ganha status de diretriz e princípio.

A já referida polissemia da integralidade admite, portanto, várias significações, razão pela qual os autores aqui abordados compreendem a integralidade sob várias dimensões, entretanto são unânimes no entendimento da integralidade como um dos princípios éticos mais importantes para a consolidação do paradigma da produção social da saúde. Essa polissemia se deve ao fato da integralidade abranger questões relativas ao biológico, ao ambiente e ao social, as características físicas, mentais e sociais, a integração entre a promoção da saúde, a prevenção de doenças, atuação sobre os riscos, e a assistência curativa ou assistência clínica individual, bem como o autocuidado dos indivíduos, das famílias e das coletividades.

O que se pretende aqui é apresentar, em grandes linhas, as diferentes percepções sobre a integralidade, porém circunscrita ao setor saúde e ao ponto de vista do atendimento clínico individual, para alguns autores denominado simplesmente *assistência*. Esta revisão da literatura teve como eixo a integralidade aplicada à organização

e à resolutividade das ações e serviços de saúde especializados, ambulatoriais e hospitalares, portanto não se pretende compatibilizar esta dimensão com as de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, bem como com as demais políticas públicas.

Porém, com vistas a situar o campo dessas reflexões, ressalta-se que há duas dimensões referidas à integralidade. Uma num plano mais macro, que comporta o conjunto de políticas temáticas, ações e serviços que são ofertados pelos sistemas públicos aos cidadãos, e a dimensão mais micro, circunscrita ao setor saúde, entendida como a articulação entre as ações promocionais, preventivas e assistenciais ou como um modo ampliado de apreensão das necessidades das pessoas³⁶. O direito à saúde apresenta-se como base para diversos sentidos da integralidade enquanto princípio constitucional, tais como: expressão de “um atributo das boas práticas de saúde”; expressão de “um modo de organizar os serviços”; expressão de “um atributo das políticas de saúde específicas³⁷.”

Uma outra dimensão da integralidade é ser pensada enquanto um princípio educativo, no qual a interação democrática de espaços públicos de participação e controle social – conselhos e MP - aumenta a porosidade institucional da gestão em saúde às demandas sociais, auxiliando na elaboração de respostas mais eficazes aos problemas de saúde da população, além de produzir aprendizado institucional aos dois campos de exercício da cidadania: o direito e a saúde³⁸.

De um modo geral, a integralidade está orientada para a superação da histórica dicotomia entre ações coletivas para promoção da saúde e prevenção de doenças e as curativas, para a atuação em outras áreas além da assistência clínica individual, extrapolando, inclusive, os muros do setor saúde e suas especificidades, para uma ação conjunta com as demais políticas públicas, caracterizando a necessidade de ações intersetoriais para uma abordagem integral do indivíduo e das famílias. A integralidade pressupõe a idéia de conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e a interdependência de serviços para sua garantia. Essas abordagens conceituais podem ser acrescidas, articulando-se às dimensões já citadas, o diagnóstico precoce e a limitação do dano e a reabilitação sobre o processo saúde-doença. Esse conjunto de ações deve estar

articulado pela prática da vigilância à saúde para a identificação de necessidades, riscos e para a solução dos problemas e, dentro de cada unidade de saúde, pelas práticas sanitárias para atendimento a essas demandas e necessidades. Agir segundo este conceito implica a idéia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade na atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal^{22,39,40,41,42}.

A integralidade também pode ser considerada a partir de uma taxonomia de necessidades de saúde centrada em quatro conjuntos, quais sejam: boas condições de vida, decorrente dos fatores do ambiente ou dos lugares ocupados no processo produtivo; acesso a toda a tecnologia capaz de melhorar e prolongar a vida; vínculos (a) efetivos entre cada usuário e equipe/profissional de saúde e graus crescentes de autonomia no modo de levar a vida⁴³.

Vale destacar a integralidade enquanto um dos princípios da Estratégia Saúde da Família e que a APS, desse ponto de vista, representa uma prática de foco individual e coletivo, que permite o alcance do cuidado integral, na medida em que é o nível de atenção que otimiza e racionaliza os recursos básicos e especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Com essa perspectiva, destaca-se que a integralidade exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las. São as decisões sobre a atenção primária, e não sobre outro nível de atenção, que detêm a capacidade de prestar serviços específicos, variando de lugar para lugar e de época para época, dependendo da natureza dos problemas de saúde de diferentes populações, e a partir dessas diferenças a APS requisita, também, diferentes recursos assistenciais ofertados pelos níveis secundário e terciário da assistência. A prática da integralidade só é possível mediante a presença das características únicas da APS: acesso/primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural, e que a APS é desencadeada essencialmente pelos indivíduos, enquanto o acesso dos mesmos à atenção secundária e terciária é, via de regra, desencadeado pelos profissionais de atenção à saúde. Fica

então caracterizada a interdependência destes três níveis de atenção na provisão dos serviços, a partir da APS⁴⁴.

Nesta mesma linha de argumentação, em relação à integralidade na APS, o impacto da ESF sob algumas das dimensões organizativas do SUS passou a abranger a integralidade na medida em que houve necessidade de se integrar a rede básica com as redes secundária e terciária quando a Estratégia Saúde da Família passou a identificar problemas de saúde que não podiam ter resolutividade local. Esse processo acabou por estimular uma ação mais efetiva das redes regionais de atenção à saúde, fomentadas pela pactuação entre municípios e o Estado. A própria tendência de se buscar a interdisciplinaridade nas equipes da ESF contribuiu para o início do processo de aplicação do princípio da integralidade⁴⁵.

A partir dessas perspectivas de âmbito mais geral, complementares entre si, a integralidade pode ser entendida como a garantia, por meio de sistemas públicos universais, do livre acesso de todos os cidadãos a todos os serviços de saúde. Em contraposição a esta percepção, um conceito de integralidade menos clássico e mais atual diz que os serviços ofertados aos cidadãos devem ser definidos por critérios de necessidade, efetividade e aceitabilidade social, denominada por *integralidade regulada*, que se impõe e se expressará na definição e oferta a todos os brasileiros, de um conjunto de serviços, discutidos com base técnica na efetividade e na segurança das tecnologias, no seu conteúdo ético, em sua conformidade com as necessidades de saúde da população e em sua aceitabilidade social. Assim, o SUS deve ofertar, a todos os brasileiros, um conjunto de serviços, sanitária e socialmente necessários⁴⁶.

Diante dessa nova perspectiva, a integralidade para o Movimento Sanitário Brasileiro pressupunha tornar inegociável a atenção a todos os tipos de doenças e agravos em todos os níveis de complexidade e com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse conceito era inerente a um novo modo de fazer saúde, com sérias críticas ao modelo hegemônico vigente, no período pré-constitucional, de pensar e fazer acontecer a integralidade. O modelo vigente à época defendia e praticava o exagero em atenção especializada, em desnecessárias internações gerais e de UTI, em equipamentos, materiais

e medicamentos. A lógica do capital introduziu novos equipamentos, cada vez com menor vida útil e mais dependente de novos especialistas, de manutenção sofisticada e insumos cada vez mais caros. O capital sem alardes subverteu a lógica do novo sistema de saúde e apropriou-se do termo integralidade, dando a ele o conceito pleno de que todos os exames, todas as terapias, todas as especialidades, sem o mínimo critério, deveriam ser dispensadas a todos⁴⁷.

As visões mais influentes sobre o tema afirmam que os sistemas de serviços de saúde não devem, e nem podem, ofertar a todas as pessoas a totalidade dos serviços disponíveis, mas sim àqueles que deles necessitem; entretanto, este novo conceito rejeita o racionamento de serviços de saúde, técnica e socialmente necessários para a população. Também vale ressaltar que duas dimensões se tornam absolutamente necessárias quando se discute a integralidade: a dimensão da *integralidade vertical*^{5,46,47}, do ponto de vista do usuário, que significa não fragmentar a atenção em aparelhos, órgãos, ou patologias, devendo-se incorporar na atenção aos cidadãos também um olhar sobre as questões da subjetividade e do contexto social; não só a integralidade do corpo, mas do sujeito portador de singularidades e inserido em um dado contexto ambiental e social, ou seja, um olhar holístico sobre os sujeitos e; a dimensão da *integralidade horizontal*^{5,46,47}, do ponto de vista do sistema de saúde, que significa dizer que a integralidade é constitutiva de uma rede de serviços - redes assistenciais - que seja capaz de proporcionar atenção ao longo do tempo, configurando-se numa rede de cuidados aos usuários nos vários níveis tecnológicos existentes no SUS e que se dê em todos os serviços e de forma contínua⁴⁹. Estas duas dimensões, articuladas entre si, levariam ao que se define como *integralidade necessária*⁵. Isto implica dizer que, para prover esses serviços, permanentemente, há que se pautar a disponibilidade de serviços assistenciais ao usuário em critérios estabelecidos em protocolos de regulação, que respaldem o acesso de acordo com as reais necessidades evidenciadas cientificamente.

Em síntese, pode-se afirmar que a integralidade perpassa os três campos da atenção: prevenção, promoção e assistência clínica individual; nos três níveis de atenção - primária, secundária e terciária ambulatorial especializada e hospitalar, estes configurando

a hierarquização vertical da integralidade; ações intersetoriais com as demais políticas públicas, na perspectiva da horizontalização das diversas ações e serviços. O grande desafio da integralidade é a substituição do conceito clássico, verticalizante, ainda dominante, por um mais justo, técnica e socialmente: a integralidade horizontalizada entre os diferentes serviços e níveis de atenção e regulada por meio de protocolos clínicos e operacionais de regulação, baseados em evidências científicas.

Enfim, em se tratando do tema da integralidade pode-se depreender, das diversas reflexões, a dificuldade inerente a sua apreensão e operacionalização. Neste sentido, ainda que sua conceituação aponte claramente para a dimensão da organização da assistência, a integralidade permanece como um objetivo de difícil apreensão e de difícil operacionalização^{34,48}. Não se deve buscar, portanto, um conceito específico e fechado de integralidade, mas sim alguns sentidos que se referem às práticas em saúde que buscam a atenção integral, pois a integralidade é mais um processo de construção social do que métodos e técnicas bem elaborados. Nesta perspectiva, a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação ao diálogo⁴⁹.

Desse ponto de vista, a integralidade vem representando, talvez, um dos maiores desafios atuais do SUS, pois implica desenvolvê-la nos diferentes ciclos de vida e nas diversas fases da atenção à saúde, no processo de cuidar e no relacionamento do profissional de saúde com os pacientes e suas famílias e o meio onde vivem e trabalham. Por isso, pode ser vista como imagem-objetivo e bandeira de luta, como valor a ser sustentado e defendido nas práticas profissionais de saúde e como atitude diante das formas de organizar o processo de trabalho para a garantia do acesso da população a serviços resolutivos e qualificados, considerando a subjetividade do projeto de felicidade de cada um dos sujeitos que demandam ações assistenciais.

Interface entre a regulação do acesso e a integralidade

Nesta reflexão a integralidade esta sendo observada apenas na dimensão da assistência clínica, entendida como um conjunto de recursos, tecnologias assistenciais e serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, ofertados nos níveis secundário e terciário da atenção para cura, controle e reabilitação, proporcionados individualmente, e sua relação com a regulação assistencial para a garantia de acesso da população a essas tecnologias, considerando que a integralidade, quando aplicada à organização dos serviços de saúde, envolve o esforço de construir o arranjo de práticas dentro de um serviço com o objetivo de avançar na conquista de mais integralidade no plano concreto de um sistema de saúde. Importa, também, refletir sobre a relação entre integralidade e os modos de organização da regulação do acesso à rede de serviços de saúde. Dessa perspectiva é importante ressaltar que um dos elementos constitutivos da atenção integral é a regulação pública, num ambiente de forte predomínio e dependência do setor privado complementar do SUS⁵.

Reportando uma vez mais a CF, a integralidade na assistência é entendida como sendo um conjunto articulado de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema. O SUS deve garantir ao cidadão o direito de atenção integral à sua saúde, desde as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças até os tratamentos especializados e de recuperação, quando expostos a qualquer tipo de doença ou agravamento⁵⁰.

Tendo este eixo como objeto e referência, a regulação assistencial, então, ganha contornos absolutamente essenciais quando esses recursos assistenciais, de média e alta complexidade, estão indisponíveis ou insuficientes nos sistemas de saúde para os tratamentos especializados. Neste cenário de restrições, como garantir o acesso integral dos usuários ao (s) recurso (s) assistencial (is) que necessitar (em)? E, ao contrário, num cenário de excedente de oferta, como garantir que o usuário terá acesso apenas àquele recurso de que realmente necessita e que não fará uso indiscriminado de tecnologias clinicamente inoportunas? Neste momento decisivo, em face da insuficiência de

recursos, a regulação assistencial deve se fazer presente, valendo-se do enfoque e da classificação de risco, para orientar a definição da atenção à saúde por um ou por outro usuário, segundo sua prioridade/quadro clínico, a chamada integralidade regulada^{46,47}. não para limitar direitos, mas para garantir direitos menos contaminados pelo não-científico e induzir o sistema e seus reguladores a terem a coragem de constranger o acesso num cenário de oferta excessiva de um determinado recurso assistencial. Significa dizer que todos os trabalhadores de saúde diretamente envolvidos com o cuidado, no ato de prescrever e requerer tecnologias para os usuários deveriam seguir normas regulatórias respaldadas em evidências científicas, normas estas presentes em protocolos clínicos e de regulação, regramentos nos quais caberiam decisões de base ético-científicas e socialmente aceitas. Sabe-se, entretanto, que não é esta a regra na realidade brasileira.

A regulação assistencial tem como premissa viabilizar a integralidade no cuidado, enquanto orientadora para a organização sistêmica dos serviços de saúde, e é um instrumento essencial para evitar as disfunções no *acesso* à saúde e prevenir seu aparecimento, por meio de uma intervenção serena, mas determinada, em defesa do cidadão.

A busca da integralidade na assistência clínica assumiu contornos tão críticos que a NOAS/SUS 01/02 promoveu, sob forte oposição, a separação da assistência dos demais campos da atenção, introduzindo como objetivo a implantação de redes assistenciais, de forma a se constituírem *sistemas funcionais e resolutivos*³¹, tendo como pano de fundo a integralidade do cuidado. Nesse sentido, a regionalização, fortalecida metodologicamente pela norma, tornou ainda mais evidente a insuficiência de recursos assistenciais, principalmente os de média complexidade ambulatorial, comprometendo fortemente a integralidade assistencial, emergindo a necessidade de organização e sistematização de mecanismos e ações regulatórias, para viabilizar o acesso à assistência àqueles usuários que efetivamente necessitarem. A expansão da cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família também levou à ampliação da demanda por tecnologias assistenciais, principalmente consultas e exames para apoio diagnóstico, agravando de certa forma a suficiência desses recursos, ou seja, a disponibilidade dessas tecnologias não vem crescendo proporcionalmente ao aumento

da demanda da atenção primária. A perspectiva da integralidade remete ao raciocínio de que a atenção primária, como parte constitutiva da saúde individual e coletiva, vem se consolidando como o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde quando de suas necessidades. Para que este nível de atenção possa ser resolutivo, principalmente no atendimento às condições crônicas, é imperativo que haja um planejamento e uma programação assistencial, elaborados de tal forma que se possa garantir o acesso da população às tecnologias biomédicas para o atendimento integral às suas necessidades.

O processo de planejamento e a respectiva programação assistencial são elaborados prospectivamente para coletivos, principalmente por meio de parametrizações que sugerem índices de cobertura populacional, enquanto que a regulação assistencial é dirigida para indivíduos, pois nem todos os cidadãos necessitam de todas as tecnologias ao mesmo tempo. A regulação assistencial individualiza as necessidades, enquanto o planejamento generaliza a necessidade das ações e recursos assistenciais para grupos populacionais específicos ou para o conjunto dessa população. Portanto, considerando que o processo de adoecimento acomete o indivíduo e que este requer e demanda atendimento individual pelos serviços de saúde, ora sendo atendido no nível da atenção primária, ora sendo referenciado para os níveis secundário e terciário da assistência, a regulação do acesso entra nesse processo de saúde-doença como uma ação mediadora capaz de viabilizar a atenção integral ao indivíduo e propiciar resolutividade às necessidades demandadas, contribuindo para a recuperação, cura ou controle da doença ou agravo, por meio da assistência clínica individual.

Nesta perspectiva, a personalização do atendimento deve ser considerada, pois cada caso é um caso *singular* e exige um projeto terapêutico *singular*⁵¹. Esta reflexão remete ao entendimento de que a saúde coletiva é alcançada por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, formuladas para coletivos, somadas às de assistência clínica dirigidas para indivíduos, esta como parte integrante e contribuindo para a saúde desses coletivos.

Foi exatamente a partir do fortalecimento da atenção primária e da tomada de decisão dos gestores do SUS em tornar realidade a

regionalização proposta na CF, por meio da NOAS/SUS-02, que a regulação, principalmente a regulação do acesso, ganhou importância nos debates e na organização do acesso aos níveis secundário e terciário da assistência, como meio de integrar os serviços em rede e estas propiciarem o seguimento do usuário em toda sua trajetória no sistema, de tal forma que a integralidade no atendimento clínico individual se completasse.

Considerando que a organização da atenção à saúde em redes assistenciais deve estar orientada pela e para a APS, é necessário que se verifique nas diferentes esferas de governo se o componente assistencial clínico demandado nos diferentes níveis de atenção vem sendo efetivamente realizado, com a intervenção direta da regulação do acesso como mediadora do acesso dos indivíduos às tecnologias biomédicas. Ainda que possa parecer reducionista, esta consideração encontra amparo no fato da assistência individual nos níveis de especialidades, o apoio diagnóstico e terapêutico de média e alta complexidade, serem pontos importantes de estrangulamento no acesso da população aos serviços de saúde, o que leva à manutenção do atendimento fragmentado e incompleto aos pacientes, ferindo frontalmente o princípio da atenção integral.

Apesar de parecer contraditório, após essa vasta conceituação de integralidade e regulação, esta reflexão assume e reforça tratar-se apenas de um recorte da atenção integral, enfatizando o atendimento clínico, não sendo abordados diversos outros elementos constitutivos de uma rede integral de atenção à saúde.

REFLEXÕES FINAIS

Os elementos agregados para formar estes conceitos, presentes nos discursos comuns na gestão do SUS e traduzidos nos mais diversos textos e documentos consultados, fontes de coleta de dados para estas reflexões, levam a entendimentos diferenciados e a distintas dimensões da regulação, resultantes de uma mesma matriz sócio-histórica e de um mesmo processo de constituição do controle, avaliação, auditoria nas instituições públicas de saúde. Esses conceitos referem-se a significados

que atravessaram as práticas e valores orientados pelo SUS, ainda que possam ser diferenciados de autor para autor, porém articulam-se no interior das práticas do SUS, imbricando-se na constituição de práticas políticas e sociais, na institucionalização da coisa pública e nas relações entre Estado e sociedade.

Essas práticas no cuidado aos usuários do SUS necessitam das ferramentas da regulação da atenção à saúde em todos os seus matizes, de forma articulada entre todos os níveis da gestão, para se alcançar a atenção integral para todos que necessitem e do sistema de serviços de saúde. Este é o sentido mais nobre e a razão da existência da regulação, que consiste em uma espécie de substrato, orientando as ações dos diferentes atores – individuais e coletivos – que interagem nos diversos espaços das organizações de saúde pública, de responsabilidade intransferível dos gestores do SUS.

Por tudo isto, um dos grandes desafios do SUS diz respeito ao conceito de saúde com o qual se quer trabalhar, pois o desenho organizativo das ações e serviços de saúde esta na dependência direta desse conceito e organizar este sistema complexo transcende inclusive os muros do setor saúde, para encontrar sua completude nas demais políticas públicas.

Neste sentido, é preciso pensar a integralidade como um eixo estruturante, portanto orientador, da organização dos sistemas e serviços de saúde e como um caminho para a consolidação dos direitos preconizados pelo SUS. A integralidade, nos limites do setor saúde, tem lançado grandes desafios nas concepções dos modelos organizativos de atenção à saúde, que estimulem novas formas de fazer, agir e pensar em saúde e que situe o usuário no centro das atenções.

Como consequência, que desenho se dará à regulação do acesso? e quais os limites da intervenção da regulação em saúde? até pela falta de um alinhamento conceitual sobre esta política temática, complexa e de difícil apreensão pelo conjunto dos diferentes sujeitos. A regulação do acesso é dirigida para a rede de prestadores de serviços de saúde, próprios e complementares, que nem sempre ocorre com tranqüilidade, pois a regulação mexe com os interesses das diferentes representações, o que leva a disputas, pois os atores regulados respondem a esta regulação de maneiras distintas.

A regulação do acesso apóia-se nas tecnologias biomédicas, mas não pode e não deve se limitar a elas em função da subjetividade e do projeto de felicidade de cada um dos sujeitos usuários dos serviços de saúde, para quem suas ações estão focadas. Por ter como objeto os prestadores de serviços, a gestão e os sujeitos beneficiários desses serviços, os resultados que ela constrói não são por si só capazes de satisfazer às expectativas desses sujeitos sociais. É preciso enxergar para além das lentes da objetivação e buscar a compreensão de que há gente entre essas práticas.

Deve-se questionar constantemente se a regulação do acesso às tecnologias biomédicas, cada vez mais diversificadas e especializadas, estaria respondendo a essa diversidade; se o juízo dos médicos reguladores requeridos para a tomada de decisões da assistência pretendida tem sido oportunos e qualificados; se, ao contrário, a negação do acesso a essas tecnologias guarda coerência argumentativo-científica; se a regulação do acesso vem construindo mediações na aplicação da tecnociência da assistência à saúde e; se as respostas tem sido favoráveis a construção de um sistema de atenção social eticamente mais justo, bem como por uma racionalidade sistêmica sem prejuízos para a ampliação do êxito instrumental.

Uma outra questão importante a se considerar é se a disponibilidade das tecnologias biomédicas vem sendo orientadas por um horizonte normativo, de caráter restrito e restritivo, em relação ao que se quer entender como respostas oportunas e qualificadas. Reconhecendo a importância da ação, outro aspecto que merece atenção refere-se à avaliação da regulação do acesso enquanto ação meio capaz de contribuir para a (re)organização dos serviços e aos (re)arranjos tecnológicos para essas respostas sanitárias, numa perspectiva reconstrutiva da política de saúde. Também há que se considerar se a regulação assistencial vem construindo respostas favoráveis à ampliação do direito à integralidade, seja no campo individual, seja para coletivos, ao nortear e mediar a relação entre os sujeitos, a rede de prestadores de serviços e os profissionais demandantes dessas tecnologias biomédicas. Isto equivale a dizer que é preciso fundar a estruturação da regulação do acesso sobre um consistente diagnóstico de necessidades em saúde, na lógica das reais necessidades da população

Importa, também, salientar que se deve observar na rotina operacional dos serviços de regulação do acesso, se ocorrem superposições de competências entre as diferentes esferas da gestão da saúde, principalmente entre estado e municípios, o que pode gerar tensões, conflitos, constrangimentos, incompreensões, irracionalidade no gastos público com saúde, o que demandaria um enorme esforço de ajustes.

Tendo em mente a dinâmica e complexidade das ações regulatórias e sua contribuição para a atenção integral, pode-se depreender, pela pesquisa bibliográfica realizada, que o processo de regulação na saúde pública ainda é incipiente no Brasil, portanto, em tempo de francos debates para sua implantação e expansão, faz-se necessário entender a natureza dessa regulação, seus limites, constrangimentos e também seus avanços, bem como a que modelo organizativo essa regulação vem respondendo, até para que sua implementação ocorra já com correções de rumo, pelas contribuições daqueles estados e municípios que estão tendo êxito em suas iniciativas de organizar esta política temática do SUS.

A regulação da atenção à saúde veio instrumentalizar a gestão para garantir o acesso da população às tecnologias assistenciais necessárias, bem como incentivar uma nova cultura organizacional, imputando aos gestores, prestadores e profissionais de saúde um maior grau de envolvimento, responsabilidade e solidariedade, subordinando os interesses privados aos interesses da sociedade.

É tendo em mente a dinâmica e complexidade das ações inerentes à regulação e considerando a pouca acumulação conceitual e a escassez de publicações sobre a regulação assistencial no sistema de saúde pública, há uma série de aspectos que carecem ser revisitados para que os avanços conceituais já alcançados sejam ampliados e que se efetivem em transformações na prática dos serviços, com maior eficiência e eficácia, precisão e segurança dessas intervenções, sem nunca se desviar das diretrizes e princípios do SUS, principalmente a integralidade, resolutividade e equidade.

Um desses aspectos aborda a integralidade, como princípio e diretriz geral para a organização do sistema público de saúde e suas práticas, apesar de estar pautada nos debates desde o final dos anos 70 do Século XX, ainda é uma meta que impõe desafios de várias ordens

de dificuldades para que possa vir a ser alcançada no Brasil. O direito à saúde apresenta-se como base para diversos sentidos da integralidade enquanto princípio constitucional, tais como a expressão de *um atributo das boas práticas de saúde*, expressão de *um modo de organizar os serviços* e expressão de *um atributo das políticas de saúde específicas*.

37 Outro aspecto leva à compreensão da integralidade enquanto um princípio educativo, no qual a interação democrática de espaços públicos de participação e controle social – conselhos e MP – aumenta a porosidade institucional da gestão em saúde às demandas sociais, auxiliando na elaboração de respostas mais eficazes aos problemas de saúde da população, além de produzir aprendizado institucional aos dois campos de exercício da cidadania: o direito e a saúde **38**. Acompanhando as visões mais influentes sobre o tema, cabe aqui mencionar que, em consequência, e para organizar os serviços de saúde segundo o conceito de saúde preconizado pela OMS, a literatura aponta que os sistemas de serviços de saúde seriam responsáveis por aproximadamente um terço das demandas sociais por saúde e que às demais políticas públicas incumbiria as demais ações.

Na perspectiva de reforçar o que foi amplamente abordado neste artigo, pode-se afirmar que persiste, ainda, nos dias atuais uma distância muito grande entre o cotidiano das ações de saúde e o sistema de saúde estatal inspirado na 8ª Conferência Nacional de Saúde e presente na CF, pois sua operacionalização ainda é permeada por conflitos, contradições, consensos e dissensos, em face das complexas e contraditórias realidades, longe do ideal de igualdade do SUS, que fatalmente tem rebatimento na atenção que é prestada ao cidadão usuário do SUS.

A saúde é, indubitavelmente, o direito social mais relevante, intimamente ligado ao direito à vida e à dignidade da pessoa humana, verdadeiros direitos públicos subjetivos que devem ser garantidos, observando uma ética em busca da justiça social. Esses movimentos instituintes da atenção integral, que se iniciaram em Alma-Ata em 1978 e que se sucederam em diversos países do mundo no formato de Conferências Internacionais, reforçaram no Brasil o Movimento pela Reforma Sanitária com a inserção da atenção integral como uma das diretrizes, um dos princípios e dos direitos dos cidadãos brasileiros.

A efetiva implantação da regulação assistencial no Brasil abre de fato a perspectiva de que seja viável a implantação de um sistema que coordene efetivamente o cuidado da saúde da população, mediante uma ação coordenada das diversas instituições que atuam no campo da saúde pública. Abre caminho igualmente para o estabelecimento dos critérios de construção das bases..que possibilitam a ampliação da atenção integral, por meio do acesso e utilização dos serviços de saúde, tomando como conceito chave a noção de consciência sanitária> A tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade. Entretanto como esse direito é muitas vezes sufocado e esse interesse descuidado, o caminho é despertar a consciência sanitária enquanto ação individual e coletiva para alcançar este objetivo – atenção integral.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, LOM et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: TRATADO de saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 783-830.

ANDRADE, Selma Maffei de.; CORDONI JUNIOR, Luiz.; SOARES, Darli Antonio. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL: ABRASCO, 2001. p. 40.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J. Health Soc. Behav.* n. 36, p. 1-10, 1955.

ASSIS, M. M. A; ASSIS, A. A., CERQUEIRA, E. M. Atenção primária e o direito à saúde: algumas reflexões. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 32, n. 2, p. 297, maio/ago., 2008.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. 284 p. (Clássicos para integralidade em saúde).

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de rede intersetorial**. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>>. Acesso em: jan. 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Brasília, DF; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: jun. 2007.

_____. **Gestão municipal da saúde: textos básicos**. Brasília; 2001. p. 286-304.

_____. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v. 2. p. 64-67.

_____. **Política nacional de regulação, controle e avaliação**. Versão Preliminar; 2005. [s.d.] Disponível em URL: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: jun. 2007.

_____. **Portaria MS/GM n.º. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.. 2. ed. Rev. Atual. Brasília. MS; 2002. Série A: Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n.º. 1.559, de 01 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. DOU - 148 p. 48 SEÇ -1 de 4.8.08. Disponível em URL: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: set. 2008.

CAMPELLO, M. C. S. **Estado e partidos políticos no Brasil: 1930 a 1964**. 2. Ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1983.

CAMPOS, G. W. **Saúde paidéia**. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 117.

CARVALHO, G. **Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela**. (mimeo). São Paulo: São Paulo; 2005.

_____. **Universalidade limitada ou integralidade regulada**. 2006. [s.d.]. Disponível em URL: <<http://www.gices-sc.org/universalidadelimitada.doc>>. Acesso em: jun. 2007.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.

CHIORO, A.; SCAFF, A. A implantação do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Cidadania** [S.I.:s.n.,19--].

CURY, I. T. **Direito fundamental à saúde**: evolução, normatização e efetividade. Rio de Janeiro: Lúmen Júris; 2005. p. 147.

DRAIBE S. **Rumos e metamorfoses**: um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas de industrialização no Brasil, 1930-1960. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

FIORI, J. L. Análise política do tempo conjuntural. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 379-14; 1991.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR., H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das linhas do cuidado. In: MERHY et. al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Unicamp/Hucitec; 2003. p. 125-134.

GIOVANELA, L. et. al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GOULART, F. A. A. **Distritalização e responsabilidade sanitária**. Brasília; 1991.

GOULART, F. A. A. et. al. Gestão Operacional em sistemas e Serviços de Saúde. In: GESTÃO em saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.

HOLLINGSWORTH, R.; HAGE, J.; HANNEMAN, R. **State Intervention in Medical Care**. Consequences for Britain, France, Sweden and the United States 1890-1979. Ithaca and London: Cornell University Press; 1990.

LABRA, M. E. Complexidades e singularidades dos sistemas de saúde. **RASSP - Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí**, v. 2, n. 1, p. 4; 1999.

MACHADO, F. R.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**. Direito à saúde - Trabalho em equipe - participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ, IMS. ABRASCO; 2005. p. 60-61.

MAGALHÃES JR., H. M. **Regulação assistencial**: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2002. (Pensar BH - política social).

_____. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte.** 2006. Dissertação – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas. São Paulo: Campinas, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões sobre valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R.; MATOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde.** Rio de Janeiro: Cepesc; 2001. p. 39-64.

_____. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** 2 ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2009. p.87-88 e 369-382.

MATTOS, R. A. de. Integralidade e formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS. ABRASCO; 2003. p. 45-58.

MENDES, E. V. In: SILVA JR., A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva.** 2. ed. São Paulo: HUCITEC; 2003. p. 81.

MENDES, E. V. A regulação estatal do SUS. In: SEMINÁRIO sobre Regulação do CONASS. Brasília; agosto de 2005.

MENICUCCI, T. M. G. **A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política.** Escola de Governo da Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte; Outubro 2005.

MENICUCCI, T. M. G. (Coord.) **Regulação da assistência à saúde: o caso de Minas Gerais.** Fundação João Pinheiro. Centro de Estudos Econômicos e Sociais. Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho. Minas Gerais, 2005.

NASCIMENTO, A. A. M. et. al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 2, p. 346-352, abr./jun. 2009.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro: Medsi; 1999.

PENCHANSKY R.; Thomas, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, n. 19, p. 127-140, 1981.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. **Cuidado e integralidade**: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2008. p. 25.

SALLUM JR., B. Transição política e crise do Estado. In: SOLA, L.; PAULANI, L. (Org.). **Lições da década de 80**. São Paulo: EDUSP; Genebra: UNRISD, 1995. p. 137-172.

SANTOS, F. P.; MERHY E. E. **A regulação pública da saúde no Estado brasileiro**: uma revisão. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu. jan./jun; 2006. p. 26-27.

SOLA L.; KUGELMAS, E. *Statecraft*, instabilidade econômica e incerteza política, In: Diniz, E (Org.). **O desafio da democracia na América Latina**: repensando as relações Estado/Sociedade. Rio de Janeiro: IUPERJ/IPSA, 1996. p. 398-416.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. p. 28; 62; 314-317.

TREBAT, T. J. **Brazil's State-Owned enterprises**: a case study of the State as entrepreneur. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.

WAHRLICH, B. Controle político das empresas estatais federais no Brasil: uma contribuição de seu estudo: **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 5-37, 1980.

WEFFORT. F. **Qual democracia?** São Paulo: Cia. das Letras, 1992.

WORLD Health Organization. Primary Health Care. Genève: WHO; 1978.

NOTAS

- 1 PENCHANSKY R.; Thomas, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Med Care**, n. 19, p. 127-140, 1981.
- 2 ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J. Health Soc. Behav.** n. 36, p. 1-10, 1955.

- 3 AYRES, J. R. C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. 284 p. (Clássicos para integralidade em saúde).
- 4 MAGALHÃES JR., H. M. **Regulação assistencial**: a busca de novas ferramentas no SUS para enfrentar o desafio de garantir a assistência com equidade. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal, 2002. (Pensar BH – política social).
- 5 MAGALHÃES JR., H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes**: a experiência de Belo Horizonte. 2006. Dissertação – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas. São Paulo: Campinas, 2006.
- 6 DRAIBE S. **Rumos e metamorfoses**: um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas de industrialização no Brasil, 1930-1960. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- 7 CAMPELLO, M. C. S. **Estado e partidos políticos no Brasil: 1930 a 1964**. 2. Ed. São Paulo: Alfa-Omega, 1983.
- 8 SOLA L.; KUGELMAS, E. *Statecraft*, instabilidade econômica e incerteza política, In: Diniz, E (Org.). **O desafio da democracia na América Latina**: repensando as relações Estado/Sociedade. Rio de Janeiro: IUPERJ/IPSA, 1996. p. 398-416.
- 9 SALLUM JR., B. Transição política e crise do Estado. In: SOLA, L.; PAULANI, L. (Org.). **Lições da década de 80**. São Paulo: EDUSP; Genebra: UNRISD, 1995. p. 137-172.
- 10 TREBAT, T. J. **Brazil's State-Owned enterprises**: a case study of the State as entrepreneur. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
- 11 WAHRLICH, B. Controle político das empresas estatais federais no Brasil: uma contribuição de seu estudo: **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 5-37, 1980.
- 12 FIORI, J. L. Análise política do tempo conjuntural. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 379-14; 1991.
- 13 WEFFORT. F. **Qual democracia?** São Paulo: Cia. das Letras, 1992.
- 14 LABRA, M. E. Complexidades e singularidades dos sistemas de saúde. **RASSP - Revista da Associação de Saúde Pública do Piauí**, v. 2, n. 1, p. 4; 1999.

- 15 HOLLINGSWORTH, R.; HAGE, J.; HANNEMAN, R. **State Intervention in Medical Care**. Consequences for Britain, France, Sweden and the United States 1890-1979. Ithaca and London: Cornell University Press; 1990.
- 16 SANTOS, F. P.; MERHY E. E. **A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Botucatu. jan./jun; 2006. p. 26-27.
- 17 BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.
- 18 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: MS, 2006. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: jun. 2007.
- 19 BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão municipal da saúde: textos básicos**. Brasília; 2001. p. 286-304.
- 20 CHIORO, A.; SCAFF, A. A implantação do Sistema Único de Saúde. **Saúde e Cidadania** [S.I.:s.n.,19--].
- 21 MENDES, E. V. In: SILVA JR., A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; 2003. p. 81.
- 22 FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR., H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: A organização das linhas do cuidado. In: MERHY et. al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Unicamp/Hucitec; 2003. p. 125-134.
- 23 MENICUCCI, T. M. G. **A implementação da reforma sanitária: a formação de uma política**. Escola de Governo da Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte; Outubro 2005.
- 24 GOULART, F. A. A. **Distritalização e responsabilidade sanitária**. Brasília; 1991.
- 25 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Brasília, DF; 2006.
- 26 NASCIMENTO, A. A. M. et. al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do Pacto de Gestão do SUS. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 2, p. 346-352, abr./jun. 2009.

- 27 BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de regulação, controle e avaliação**. Versão Preliminar; 2005. [s.d.] Disponível em URL: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: jun. 2007.
- 28 MENDES, E. V. A regulação estatal do SUS. In: SEMINÁRIO sobre Regulação do CONASS. Brasília; agosto de 2005.
- 29 MENICUCCI, T. M. G. (Coord.) **Regulação da assistência à saúde: o caso de Minas Gerais**. Fundação João Pinheiro. Centro de Estudos Econômicos e Sociais. Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho. Minas Gerais, 2005.
- 30 GOULART, F. A. A. et. al. Gestão Operacional em sistemas e Serviços de Saúde. In: GESTÃO em saúde – Curso de Aperfeiçoamento para Dirigentes Municipais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. p. 45.
- 31 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº. 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar**. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002.. 2. ed. Rev. Atual. Brasília. MS; 2002. Série A: Normas e Manuais Técnicos.
- 32 BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº. 1.559, de 01 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. DOU - 148 p. 48 SEÇ -1 de 4.8.08. Disponível em URL: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: set. 2008.
- 33 WORLD Health Organization. Primary Health Care. Genève: WHO; 1978.
- 34 ASSIS, M. M. A; ASSIS, A. A., CERQUEIRA, E. M. Atenção primária e o direito à saúde: algumas reflexões. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, n. 2, p. 297, maio/ago., 2008.
- 35 CURY, I. T. **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris; 2005. p. 147.
- 36 MATTOS, R. A. de. Integralidade e formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS. ABRASCO; 2003. p. 45-58.
- 37 MATTOS, R. A. de. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor**. 2 ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2009. p.87-88 e 369-382.

- 38 MACHADO, F. R.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**. Direito à saúde – Trabalho em equipe – participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2005. p. 60-61.
- 39 ANDRADE, Selma Maffei de.; CORDONI JUNIOR, Luiz.; SOARES, Darli Antonio. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Ed. UEL: ABRASCO, 2001. p. 40.
- 40 GIOVANELA, L. et. al. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.
- 41 PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
- 42 BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de rede intersetorial**. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>>. Acesso em: jan. 2009.
- 43 CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.
- 44 STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. p. 28; 62; 314-317.
- 45 ANDRADE, LOM et al. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: TRATADO de saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006. p. 783-830.
- 46 CARVALHO, G. **Universalidade limitada ou integralidade regulada**. 2006. [s.d.]. Disponível em URL: <<http://www.gices-sc.org/universali-dadelimitada.doc>>. Acesso em: jun. 2007.
- 47 CARVALHO, G. **Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela**. (mimeo). São Paulo: São Paulo; 2005.
- 48 PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. **Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2008. p. 25.

- 49 MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões sobre valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R.; MATOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc; 2001. p. 39-64.
- 50 BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. v. 2. p. 64-67.
- 51 CAMPOS, G. W. **Saúde paidéia**. 2. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 117.

Artigo recebido em: 08/06/2010

Aprovado para publicação em: 23/06/2010