

TENSÕES RELACIONADAS À REGULAÇÃO ASSISTENCIAL EM SAÚDE

Autoria

Sergio Paulo Carvalho de Souza - sergiopaulo@id.uff.br

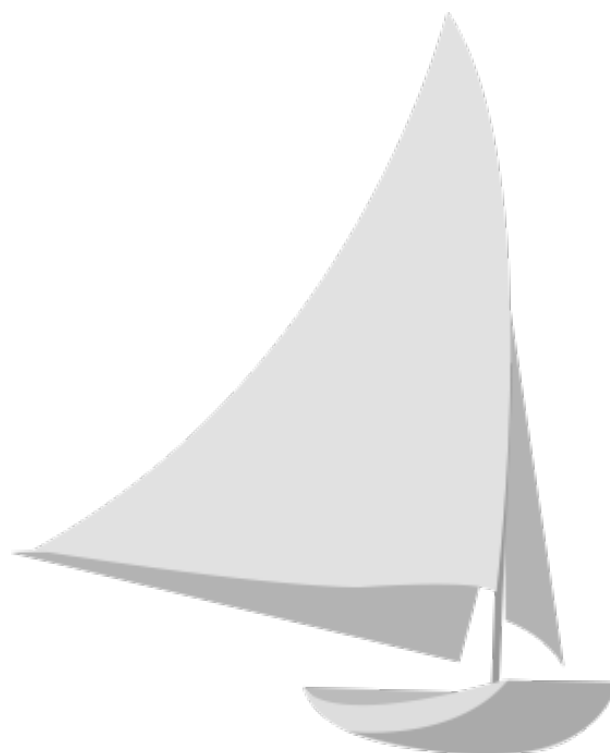
Mestr Prof em Admin/Prog de Pós-Grad em Admin - MPA/PPGA/UFF - Universidade Federal Fluminense

Cláudia Henschel de Lima - claudiahlima@yahoo.com.br

Prog de Pós-Grad em Admin/Faculdade de Admin, Ciências Contábeis e Turismo - PPGAd/EST/UFF - Universidade Federal Fluminense

Resumo

O presente trabalho busca esquematizar tensões verificadas em torno da regulação de acesso aos serviços de saúde, foi construído a partir de pesquisa mais ampla que investigou os efeitos da regulação assistencial sobre características da população assistida no INCA. O trabalho teve cunho qualitativo com dados obtidos da revisão da literatura e entrevistas com profissionais do INCA. Conclui-se que a regulação assistencial pode ser vista como resultante de forças patrimoniais, burocráticas e gerenciais, estilos de administração pública coexistentes no Brasil.





TENSÕES RELACIONADAS À REGULAÇÃO ASSISTENCIAL EM SAÚDE

Resumo

O presente trabalho busca esquematizar tensões verificadas em torno da regulação de acesso aos serviços de saúde, foi construído a partir de pesquisa mais ampla que investigou os efeitos da regulação assistencial sobre características da população assistida no INCA. O trabalho teve cunho qualitativo com dados obtidos da revisão da literatura e entrevistas com profissionais do INCA. Conclui-se que a regulação assistencial pode ser vista como resultante de forças patrimoniais, burocráticas e gerenciais, estilos de administração pública coexistentes no Brasil.

Palavras-chave: Administração pública, SUS, Regulação assistencial, Tensões,

Introdução

Este trabalho é derivado de pesquisa de dissertação de mestrado na qual foram abordados os efeitos da regulação assistencial, operacionalizada pelo Sistema de Estadual de Regulação (SER), a partir de 2013, no âmbito do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA); em particular, deu-se especial atenção a alterações no perfil demográfico e de morbimortalidade da população assistida, com respeito à cor/raça e gravidade dos pacientes, respectivamente (SOUZA, 2019).

A regulação assistencial é espécie de regulação característica do Estado regulador; portanto, admite-se o pressuposto econômico da escassez de recursos, no caso, os serviços de saúde, e redireciona-se o poder estatal, preferencialmente, à regulação dos serviços no lugar da execução, com controle por resultados no lugar do normativo-burocrático, conforme reforma do aparato burocrático do Estado, com métodos da administração privada, por pressuposto, mais eficiente do que a pública (SOUZA, 2019). No caso do Brasil, a chamada Administração Pública Gerencial (APG), ou Nova Gestão Pública (NGP), a qual incorpora os pressupostos mencionados, iniciou-se na década de 1990, durante o governo Fernando Henrique Cardoso.

O contexto da regulação de acesso aos serviços de saúde, ou regulação assistencial, como foi verificado na revisão da literatura traz consigo uma gama considerável de tensões sempre atinentes ao poder, seja pela reclamação da perda de autonomia na indicação do melhor tratamento – alegação do profissional assistente, a reclamação contrária, do desrespeito à isonomia no acesso – alegação dos profissionais reguladores, além das organizacionais relativas a características de pacientes a serem atendidos.

A percepção de que houve modificações nos percentuais de pacientes segundo as características de cor/raça em momento paralelo ao ingresso do instituto no SER é um dos motivadores do estudo original.

O objetivo geral do presente texto é esquematizar as tensões verificadas sobre a regulação assistencial, colocando-a como uma resultante de forças patrimoniais, burocráticas e gerenciais, com base na literatura sobre e nas entrevistas realizadas junto a profissionais do INCA.

Revisão da literatura

Regulação assistencial é por definição:

[...] efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários contempla as seguintes ações:

I - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências;

II - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados;



III - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e

IV - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes (BRASIL, 2008, Art. 5º).

Este tipo foi chamado de microrregulação por Santos e Merhy (2006), em contraposição à realizada pela Agência Nacional de Saúde, a qual exerceria a macrorregulação, como exemplo.

Bozza (2015) e Gonçalves (2015) sustentam que a regulação tem papel preponderante no acesso aos serviços públicos de saúde, o qual é dificultado, em considerável medida, pela oferta; esta por sua vez, ao depender do orçamento público, no caso do Estado do Rio de Janeiro, o *locus* investigado por ambos, seria prejudicada pela influência da forma de planejamento que levaria em consideração séries históricas de oferta e não as necessidades da população. Isto faz com que os serviços ofertados tenham correlação com o preço dos procedimentos, marca do interesse privado na saúde, o que aqui se considera patrimonialismo. Cavalcanti (2011), em estudo realizado no Mato Grosso, corrobora o pensamento destes autores quanto à influência patrimonial sobre a oferta e também quanto ao papel da regulação na equalização do acesso.

De modo geral os autores veem a regulação como um fator de isonomia no acesso. Todavia, os estudos de Andrade (2015) e Ferreira (2014) mostraram que entre profissionais ligados à assistência havia resistência; no primeiro, entendia-se que a regulação iria de encontro aos interesses de ensino de um hospital universitário, em que a seleção de casos seria necessária ao ensino; no segundo, entrevistados defenderam que a regulação seria uma barreira ao acesso humanizado, tendo-se em conta que a humanização exigiria autonomia profissional em determinar o melhor tratamento ao paciente, enquanto a aplicação de protocolos, os quais manifestam o princípio da impessoalidade ou isonomia entre pacientes, tiram do profissional assistente a autonomia requerida. Ferreira (2014) revelou ainda que os sistemas de regulação eram vistos como barreiras burocráticas, contra as quais se buscavam redes informais para garantir o atendimento ao paciente necessitado.

No entanto, Rocha (2015) mostrou que a regulação assistencial mais próxima do usuário favorece a distribuição eficiente dos serviços ofertados, reduzindo-se o descontrole o pessoalismo, foram apontados por Kniess (2015), na ausência da regulação de acesso, o que reforçando este pensamento.

Entrevistas

As entrevistas foram realizadas no intuito de captar minimamente as impressões dos profissionais do INCA acerca da regulação. Aqui, fez-se menção apenas a profissional da equipe multidisciplinar (PEqm) e profissionais ligados à assistência (PAss).

Esta entrevista tem relação direta com o impulso primário desta pesquisa: a variação por cor/raça, marcada pela forte redução do número de brancos no período posterior ao ingresso do Instituto na era da regulação operacionalizada pelo SER, em 2013. Dirigiu-se ao profissional porque se julgou importante conhecer suas impressões. A entrevista foi feita com profissional da equipe multidisciplinar (PEqm), a qual inicialmente fora o consultante de dados sobre variação de cor. Com relação ao profissional buscou-se conhecer as percepções próprias. Neste sentido, logo de início questionou-se sobre a percepção acerca do sistema de regulação e a influência que isto possa ter na população assistida no INCA. PEqm entende que o sistema de regulação precisa ser contextualizado, não pode ser visto isoladamente; por



vezes sistemas de regulação assistencial são colocados como solução, outras como complicadoras do acesso, mas considera que

[...] tem sim, um potencial de democratizar o acesso, a meu ver, porém, acaba que, em função das vagas extremamente restritas, que a gente tem, por exemplo, nos hospitais de referência, como nós, e da falência da saúde básica, ele acaba não funcionando (PEqm).

A fala de PEqm vai ao encontro dos textos revisados, nos quais se observa posicionamentos favoráveis à regulação, a grande maioria, e outros desfavoráveis. Os profissionais da assistência entrevistados avaliaram positivamente a regulação assistencial, e como pode ser percebido, corroboram esta fala no que diz respeito a democratização do acesso. Isto se dá também com relação à oferta como um enfraquecedor do sistema de regulação, motivo elencado em diversos textos.

Quanto às alterações de cor/raça, PEqm levanta hipótese de racismo institucional com base na frequência de mortes no parto de mulheres negras, as quais seriam consideravelmente superiores às de mulheres brancas. A regulação operacionalizada por sistemas enfraqueceria tal fenômeno, oferecendo mais equidade no acesso com respeito à cor/raça.

A minha impressão, com base no que eu leio, que eu vejo a respeito de racismo institucional, e da composição racial do povo brasileiro, é de que ele tem uma tendência a facilitar o acesso da população preta (PEqm).

Nenhum texto revisado trouxe informações acerca de racismo institucional. Na realidade, um tocou em questões demográficas (ANDRADE, 2015). Colocou-se, então, a existência de outros fatores conhecidos e relacionados à população negra, como o menor nível de escolaridade e renda, quando comparada à população branca, que são reconhecidos fatores de acesso, além do acesso direcionado pelo conhecimento, os quais seriam enfraquecedores da hipótese de racismo institucional, tendo em vista, que o INCA, mais especificamente o HC I, mantinha, antes da regulação, porta aberta com cerca de 70 vagas/atendimentos dia, por exemplo.

PEqm reconhece estas questões e que seriam necessários outros estudos direcionados a esse fim para se chegar a juízo mais preciso; afirma, no entanto, que o problema já estaria sendo tratado em outras instituições públicas, por exemplo, a Fiocruz, que teria comissão instituída no sentido de tratar o problema. Também questiona a porta aberta do INCA, ponderando a questão dos exames necessários ao ingresso. Tais exames além de terem custo considerável ainda seriam mais comuns para parte da população que fizesse acompanhamento médico, o que segundo PEqm, ocorreria com menor frequência entre negros.

Para fazer a biópsia você tem que ter um acompanhamento de saúde, você tem que ter ido a algum lugar antes, o que não é característica da população negra. Então, essa minha hipótese não tem por objetivo crucificar aqueles que trabalham no INCA e nem julgar os profissionais. Ela tem o objetivo de provocar essa reflexão, até que ponto agente não priva as pessoas de atendimento por isso, em função da cor/raça, de questões de cor/etnia e pensar também até que ponto não se reflete aqui todo o racismo que grassa nessa sociedade e que retira as pessoas do seu lugar [...] (PEqm).

A necessidade de exames como critério prévio à matrícula foi mencionada nas entrevistas com os profissionais de assistência, com o profissional da triagem e indiretamente com profissional administrativo. Na verdade, consta do questionamento feito, no que toca a renda e na sua última fala, PEqm não contradiz essa informação, ao contrário, a reforça. O acesso a vagas por conhecimento privilegiado ou proximidade a profissionais, além de outras interferências patrimoniais percebidas na revisão e nas entrevistas com os PAss', como se nota, não fora enxergado como causa da mudança de perfis demográficos.

Questionada sobre as tensões concernentes às vocações do Instituto que dizem respeito, pelo menos, à assistência, ensino e pesquisa, manifesta na reclamação de que pacientes oriundos da regulação, pelo seu estado na chegada, exigiriam esforços institucionais



na sua assistência em prejuízo da pesquisa e ensino, PEqm defende que ofertar vagas focando na pesquisa e ensino seria ideal, contudo, sinaliza para o condição da saúde pública no Estado do Rio de Janeiro que está próximo à falência, não vislumbra, por conseguinte, meios de não se enfocar na assistência.

O ideal seria que nós fossemos uma instituição que pudesse se dedicar mais à pesquisa, inclusive, trazer para cá o paciente que é apto para pesquisa, eu acredito nisso. Só que eu acho que a falência da saúde pública brasileira impede isso: quem trata câncer no Rio hoje? [...] Então eu acho, que assim, eu não considero desimportante isso, agente trazer para cá quem é de fato possível de tratamento, para gente poder treinar a nossa mão de obra, a nossa força de trabalho [...], mas assim, é esse elemento fato, que no País que agente vive, é mais um elemento, é mais um obstáculo, para o negro [...] Por que, como é que agente vai pensar sobre isso no quadro de saúde que agente vive hoje? [...] como é que vai pensar em pesquisa? (PEqm).

Entre os profissionais da assistência entrevistados a visão é diferente, há o reconhecimento das tensões, mas acreditam que não há sustentação objetiva para a tese de prejuízo na recepção de pacientes oriundos da regulação. O estudo de Andrade (2015) revela tensão semelhante ocorrida no hospital universitário, em casos não oncológicos.

Os três profissionais da assistência (PAss 1, 2 e 3) entrevistados são médicos, com mais de 20 anos na Instituição, ocupantes, por anos, de cargos de gestão, além das práticas clínicas. Com respeito à triagem no Instituto revelaram os mesmos concordaram os pacientes chegavam espontaneamente, com exame e encaminhamento de alguma clínica, hospital ou mesmo profissional do INCA, em considerável medida o tumor precisaria ter a possibilidade de ser tratado por cirurgia.

[...] então, durante muitos anos o INCA absorveu, fundamentalmente, pacientes passíveis de tratamento, muitas das clínicas utilizavam como perfil, o paciente ter condição, ou ter indicação de tratamento cirúrgico, os demais pacientes eram remetidos às outras unidades, ou que encaminharam, outras unidades públicas (PAss 1).

A necessidade de atender algum perfil ou protocolo de acesso ocorria ainda em épocas regulatórias e para dar acesso a cidadãos excluídos, os profissionais de saúde descumpririam os protocolos, o que foi defendido por profissionais entrevistados por Ferreira (2014). A necessidade de exames permanece, mas os perfis, não.

A fala a seguir, do PAss 3, ainda referente ao perfil, foi realizada quando se chamava à atenção para tensões manifestas no entorno da regulação e que diziam respeito à possível prejuízo das vocações ensino e pesquisa em favor da assistência.

[...] paciente operado fora, mexido não entrava no INCA, então, só o paciente que tivesse toda a sua linha de tratamento aqui dentro e operasse aqui, aí ele teria a radioterapia dele, a quimioterapia dele, tudo aqui (PAss 3).

O protocolo ao determinar quem acessaria os serviços do INCA, determinava ao mesmo tempo quem estaria excluído. Exclusão essa distinta daquela identificada por Faverete e Oliveira (1990), a qual seria possivelmente contornada por meios pessoais: do conhecimento, de ser o *primo do primo do médico* (PAss 2), conforme relataram claramente Kniess (2015) e Rocha (2015). Acerca da necessidade de exame para ingresso:

Pra muitas doenças era condição sine qua non ter o diagnóstico anatomopatológico, para algumas bastava uma tomografia ou uma radiografia altamente sugestiva. Aqueles pacientes que perfaziam critérios de tratabilidade eram matriculados, absorvidos, enfim (PAss 1).

Sim, sim. É conceito. Nós somos o Instituto Nacional de Câncer, que tem como missão curar ou controlar câncer, não está dentro da missão fazer diagnóstico de câncer, então o nosso trabalho investigativo é apenas circunstancial [...] (PAss 2).



Sobre a possibilidade de mudanças de perfil, alterações demográficas ou estado/gravidade e ao papel da regulação na equalização do acesso às vagas no Instituto, os profissionais responderam o seguinte.

O efeito da regulação, na verdade, é que ele muda a lógica da chegada do paciente, então, num primeiro momento, envolvia algum conhecimento prévio e o que determinava, não só a chegada, mas a permanência no hospital, era a possibilidade de o paciente ser tratado, isso excluía, com certeza, um sem número de pessoas, [...] é possível, isso é um dado que ainda agente vai ter que analisar e estudar, que agente hoje comece a ter uma representação maior de classes sociais mais desfavorecidas [...] agente vai imaginar que agente possa ter uma proporção maior de pessoas de baixa escolaridade [...] é possível que pessoas com algumas ocupações antes não observadas comecem a ser absorvidos [...] a questão de etnia é uma possibilidade, mas é agente também tem dificuldade de mensurar isso, pela forma como agente mensura cor aqui no Sistema Único de Saúde (PAss 1).

[...] você não dar prioridade de acesso a quem tivesse uma relação mais estreita com a área profissional técnica, por exemplo, amigo do médico, primo do primo do médico, trabalhou com o médico fora daqui, isso é um facilitador para ele entrar com mais agilidade no sistema e ter o acesso priorizado, diferenciado [...] (PAss 2)

[...] O processo de regulação dá acesso a todo mundo, não apenas a quem conhece o endereço do INCA, ou quem conhece alguém do INCA. Então, o paciente de Japeri pode ter a mesma oportunidade do paciente que mora aqui ao lado da Praça da Cruz Vermelha [...] Você não seleciona pacientes do INCA, do Mário Kroef ou de outra unidade, você vê é câncer qual é a primeira vaga que eu tenho para esse paciente, ele pode morar ao lado do INCA e tratar no Mário Kroef na Penha porque a primeira vaga está lá, ele pode morar em Japeri e vir para cá, por que a primeira vaga, a que atende ao caso dele está aqui (PAss 3).

Todos os entrevistados reconhecem o papel da regulação na equalização do acesso, no entanto, apenas PAss 1 considera que isso possa influenciar alterações demográficas, sem qualquer menção ao racismo institucional, mas como um efeito da maior capilaridade no território e na alteração de perfis, também, entende que possa haver alteração na gravidade, no que é acompanhado por PAss 2, cuja fala se aproxima do conceito de justiça trazido por Cechinel (2014).

Sobre a percepção das diversas tensões, internas e externas ao INCA provocadas ou por ou relacionadas à regulação, os respondentes manifestaram-se da seguinte forma.

Todas elas existem o tempo todo, então, vamos lá... patrimonialismo, agente vem dum sistema em que os gestores, diretores, chefes de serviço, eles tinham um domínio total e completo sobre quem poderia usar aquele serviço, isso na saúde é muito claro, quer dizer, porque você definia qual que era o doente que você queria tratar, quem que ia ocupar aquele leito e quem não ia ocupar aquele leito... num momento que você traz essa lógica, que na verdade o leito, ele é um leito contratado, contratualizado ou próprio do SUS, portanto, é um leito que está constituído pra atender a população, de modo que o dono do leito não é o chefe do serviço, não é o diretor do hospital, mas é a população que vai fazer uso dele, então a regulação ela expõe essa situação de forma muito clara, então, o gestor basicamente ele faz a gerência daquilo, mas ele está gerindo um bem, um bem público, nesse momento você tira o poder de determinação de quem vai ocupar o que, você, basicamente, diz esse leito vai ser ocupado por algum paciente e esse algum paciente vai ser aquele que for chegar primeiro ou tiver a maior gravidade dentro dos critérios da, da regulação [...] (PAss 1).

O PAss 2, no entanto, percebe tensões próprias da perda de poder, por parte dos médicos assistente e favorecimento dos reguladores. Tensões entre estas categorias foram percebidas por Vilarins (2012). A sugestão é que haveria uma inversão patrimonial: a decisão que antes era prioritária o médico assistente passa a ser do regulador, e não necessariamente, influenciada por critérios técnicos, mas de poder. Referindo-se a trabalho no SUS fora do INCA, diz:



Nós ainda estamos começando regular leitos, mas a regulação de leitos ela traz uma impessoalidade, que quase exclui o médico que está dentro do processo, que é a ponta, quase que o exclui, e eu sinto isso na rede [...] Eu estou citando, eu chegando no plantão como [...], recebendo o plantão de uma [...] e o coordenador da regulação tendo designado um paciente e quando ela vê o relatório que vem através do NIR, o paciente é subagudo, não precisa de vagas [...] E numa outra demanda gerada num outro sítio outro endereço. Dentro do próprio hospital, numa enfermaria do hospital [...], e no conceito médico ele é absolutamente prioritário. E o coordenador agiu de forma a fazer prevalecer o seu poder de coordenador, e não discuti aspectos médicos, discuti aspectos de poder. Isso gera tensão mesmo, por que eu já presenciei e tive essa experiência (PAss 2).

Para o Pass 3, reconhecendo o choque entre autonomia profissional e regulação, informa

Primeiro a vaga é um bem público, custeado com recursos públicos, que deve ser fiscalizado por quem de direito, a sua utilização. O que nós tínhamos antes da regulação, e isso a regulação tira muito, [...] da mão do profissional [...] a capacidade de escolher quem ele vai atender e dá ao poder público a capacidade de colocar esses pacientes dentro, na mão daquele que vai tratar. Essa capacidade do poder público é fundamental para que dê a transparência para o cidadão [...] o profissional que está com as suas vagas no seu livrinho preto, ele vê quem chega até ele e que ele quer atender [...] o que eu vejo é uma leitura enorme de perda de poder pelos profissionais de ter controle absoluto sobre seus atos, o leito é meu, aqui é que está a tensão, a perda do poder, médico, em particular, porque o médico sempre teve esse poder, eu fico à vontade para falar porque eu sou médico, de ter a agenda em baixo do braço, de dizer só entra aqui quem eu quero, esse leito é meu, não vai entrar aqui, esse leito aqui vai ser ocupado por fulano e não por cicrano. Isso minimiza muito com a regulação, tira essa capacidade, então, causa uma tensão muito grande (PAss 3)

Andrade (2015) e Ferreira (2014) relataram conflitos semelhantes em seus estudos, no entanto, o ponto de vista profissional trazido ali é o contrário do observado aqui, em que se posiciona em favor do mecanismo de regulação. Naqueles estudos a reclamação se dirigia o Sisreg, o qual seria uma “tragédia” (FERREIRA, 2014, p. 72) como dito anteriormente.

As dificuldades percebidas pelos profissionais têm relação com a oferta de vagas. Neste sentido as entrevistas refletem o posicionamento de diversos autores (BOZZA, 2014; Gonçalves 2015; Kniess, 2014). Os profissionais abordados avaliam positivamente a regulação

Não tem volta [...] quantos anos você trabalhou sem, e agora vem alguém de fora e diz que quem vai mandar sou eu, quer dizer, isso é uma mudança de cultura que não é de curto prazo. As novas gerações que vão entrando, que já vêm com esse conceito, e tudo mais... O SUS é muito novo, trinta anos fizemos agora, de oitenta e oito até aqui, o INCA tem oitenta, e setenta e cinco fora da regulação, então, tem que amadurecer muito, agora não tem volta. Eu acho que não pode ter volta, tem que aprimorar-se muito, muito, e principalmente tentar melhorar a relação necessidade/vaga (PAss 3).

No que concerne à judicialização não houve convergência entre os três profissionais, PAss 2 e 3 divergem totalmente, o primeiro mostrou-se receptivo às interferências judiciais em alguns casos, como disse

Dentro de um contexto em que os sistemas de acesso, e de assistência, e de informação não estão muito organizados, abre-se um espaço para judicialização, principalmente, na área de câncer, onde a constatação da realidade do diagnóstico de câncer, num ambiente onde o indivíduo social, num ambiente do indivíduo familiar, principalmente, nessas duas vertentes, causa-se uma turbulência grande em que a judicialização passa a ser um artifício usado, pelo doente, pela família do doente, pelo contexto social do doente. Existe a possibilidade de a judicialização não ser necessária? (PAss 2).

Pass 3, por outro lado, discorda veementemente, responsabilizando os profissionais médicos que emitem laudos para que os pacientes recorram à justiça. Ele afirmou,



Olha, a judicialização sempre atrapalha, sempre atrapalha porque ela quebra um fluxo. Eu não vejo com bons olhos a judicialização, a judicialização em termos de regulação, que estamos falando, [...] ela faz alguém passar a frente, mas essa pessoa busca a judicialização muitas vezes por dificuldade que ela tem. [...] Então, eu acho sempre negativo. Mas a culpa para mim não é do juiz, a culpa é de quem está pedindo [...] é o profissional que escreve um documento para o paciente buscar junto ao juiz, sem o laudo o juiz não dá, pela vontade do paciente, o juiz não dá. (PAss 3).

As tensões verificadas na revisão da literatura e também nas entrevistas, como poder ser visto mais adiante, dizem respeito à Administração Pública, merecem reflexão mais aprofundada. Os trabalhos escolhidos embora arrolados para compreensão de fenômeno observado sobre a saúde pública, tocariam (talvez) a gestão pública brasileira hodierna com um todo. A regulação assistencial operacionalizada por meio de sistemas eletrônicos, como o Sisreg ou o SER, é espécie de instrumento de gestão pública, tecnologia típica do serviço público, demandada de seus princípios norteadores e propiciada pelas TICs, como ocorre em outras áreas do serviço público, pregão eletrônico, sistema de registro de preços.

A Figura 1 a seguir resume as impressões colhidas da revisão bibliográfica acerca da administração pública em saúde (ANDRADE, 2015; CAVALCANTI, 2011; FERREIRA, 2014; GONÇALVES, 2015; KNISS, 2014; ROCHA, 2015; SANTOS; MERHY, 2006); o esquema apresentado toma emprestado elementos da geometria e da teoria de vetores; mostram-se três pontos, P, B e G, vértices de um triângulo, referentes, respectivamente, à administração patrimonial, à burocrática e à gerencial. A Figura 2 não tem carácter temporal, mas mostra os conceitos de administrativos verificados no Brasil, em saúde, e, possivelmente, nas demais áreas.

Em suma, a administração patrimonial, em que não há separação clara entre coisa pública e privada, no Brasil, foi combatida por Vargas por meio do modelo burocrático weberiano. Aqui, colocam-se sobre a administração patrimonial todas as espécies de vícios verificados na literatura revista, que em geral se relacionam às interferências pessoais, sejam de servidores, sejam de políticos, no acesso aos serviços de saúde, ou desrespeito ao princípio constitucional da impessoalidade; estas foram chamadas de pessoalismo, personalismo, dentre outros; seu produto é a iniquidade no acesso.

O modelo implantado na reforma varguista não foi capaz de excluir totalmente as práticas patrimoniais, de modo que, após sua implantação, e até o surgimento da administração gerencial no País, pode-se assumir que a Administração Pública se situava num ponto entre os modelos, combatido e desejado, no segmento TB.

Com a implantação da reforma do aparato burocrático do Estado em meados da década de 1990, durante o Governo Fernando Henrique, contra os vícios burocráticos e os males patrimoniais não superados pela administração burocrática brasileira, implementa-se a administração pública gerencial (APG), ou nova gestão pública (NGP), a qual tendia à administração de empresas e seus métodos, tomados, por pressuposto, como superiores aos da administração pública; a APG devia ser o modelo administrativo alinhado ao Estado reformado: mais eficiente, rápido, menor, menos influente na economia, a procura por parceiros para execução de serviços públicos, que deixavam de ser exclusivamente estatais. Os vícios verificados na APG, fazem pender o seu produto a desejos patrimoniais; o que se verifica, por exemplos, de estudos onde se afirma que as OSS, símbolos da APG exigem mais recursos, sem necessariamente mostrar as aplicações; ou seja, a falha no controle por resultados gera patrimonialismo.

Na Figura 2, o ponto G, referente à APG, foi posto fora do eixo TB, uma vez que, as inovações trazidas pelo modelo não são apenas evolutivas do modelo burocrático, de modo a formar com este e com as práticas patrimoniais não superadas, um triângulo, além de determinar um plano, a ser comentado posteriormente. Como dito, o surgimento da APG se



deu quando a administração pública brasileira se situava em algum ponto entre o patrimonialismo e a burocracia; a geometria do esquema sugere o meio do caminho, porém, não há pretensão de determinar exatamente o ponto; o mesmo vale para a forma do triângulo, foi escolhido, arbitrariamente, um isósceles.

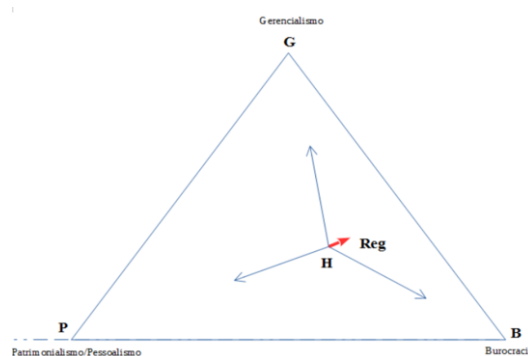
O ponto H (de hoje) refere-se ao posicionamento atual da administração pública, interno ao triângulo *PBG*; em H estão postos três vetores, *HP*, *HG* e *HB* representantes de forças atuantes sobre a administração pública sempre no sentido dos modelos conceituais.

Isto posto, no esquema, o primeiro deles representa a força exercida sobre a administração com vistas a fazê-la tender ao patrimonialismo, o qual na sua forma atual, conforme os estudos abordados, manifesta-se pulverizado nas ações pessoais dos agentes públicos executantes, o que se chama pessoalismo, no presente caso, profissionais da assistência, que requerem menos controle nas consultas, atendimentos e procedimentos e a possibilidade de ação segundo suas necessidades pessoais/profissionais; de modo que qualquer espécie de controle feriria tais interesses.

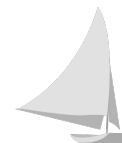
O segundo vetor, *HG*, tensiona a Administração Pública para o modelo gerencial; são os impulsos de regulação, de governança em saúde pública, no presente caso, de *accountability*, de gestão de riscos, e, ainda, de eficiência, oriundos dos órgãos de controle de externo, como o TCU, também a mídia e a sociedade civil organizada, principalmente através de ONGs.

O vetor *HB* representa a tensão sobre a administração pública no sentido da burocracia; origina-se na forte necessidade de normatização da saúde pública brasileira, em todos os níveis. A regulação é também uma ferramenta operacional da burocracia, o resultado de normas claras, de forma que, além de compor o vetor de tensão ao modelo gerencial, também tensiona no sentido da burocracia; a resultante destas forças é oposta, obviamente, ao patrimonialismo; na Figura o vetor Reg em vermelho tem a mesma direção do vetor *HP*, dada pelo eixo *HP*, mas sentido contrário; quanto ao módulo, pode-se dizer apenas que é inferior ao do vetor *HP*, bem como de todos os outros do esquema.

Figura 1: Esquema triangular de tensões sobre a regulação assistencial.



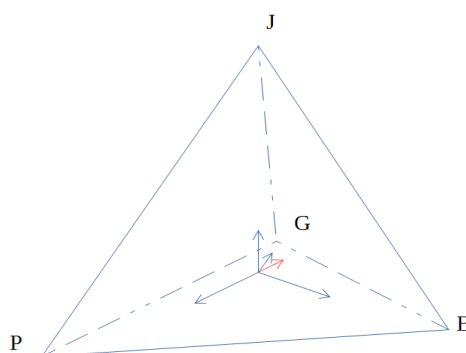
Os três pontos no esquema definem um triângulo, mas também um plano, que não contempla as ações judiciais em saúde, a saber, as determinações judiciais de internação e acesso, as quais se relacionam com o presente estudo; porque a judicialização não é uma medida típica da burocracia, nem da administração gerencial, que pressupõe controles de resultado; além disso, as ações judiciais se chocariam com os interesses patrimoniais. Assim vista, a judicialização corresponde a ponto externo ao plano da administração, e determinaria com os pontos-polo um tetraedro. O campo de forças, a partir disto, ganharia um componente tridimensional para sua análise, conforme Figura 2.



Reconhece-se a ação judiciário como espécie de controle da burocracia, outros seriam o controle político e, o mais nobre, o social. Aqui importa o controle judiciário. Conforme se depreende da literatura revista, os profissionais e serviços alcançados por este controle não o veem como controle, mas como intromissão, o que pode decorrer da pouca associação feita entre o trabalho na saúde como parte de uma burocracia; há o reconhecimento de se estar trabalhando no serviço público, inclusive muito defendido, no entanto, sem a consciência de pertença ao aparato burocrático – a burocracia seria um vício da gestão. Neste imbróglio, as ações judiciais configuram-se como burocráticas, e não como de controle.

Decerto, como relatado, a constância na determinação judicial de quem deve acessar leito, obter medicamentos, realizar exames, dentre outros, sugere rompimento das barreiras de controle burocrático e ingresso no âmbito da gestão/regulação do sistema, com a substituição das autoridades sanitárias por judiciais.

Figura 2: Esquema tetraédrico de tensões sobre a regulação assistencial.



Considerações finais

Em torno do emprego dos sistemas de regulação em saúde foi identificada uma série de tensões: impessoalidade contra autonomia profissional, impessoalidade contra a autonomia do paciente, práticas burocráticas contra práticas gerenciais, ambas contra o patrimonialismo, poder judiciário contra o poder técnico, autoridade sanitária contra médico assistente. A autonomia profissional, por exemplo, foi colocada como elemento necessário ao tratamento humanizado do paciente (FERREIRA, 2014). A regulação assim seria capaz de comprometer, além da assistência, o ensino (ANDRADE, 2015).

A judicialização no campo da saúde, a qual é reconhecida, obviamente, como ação do poder público, porém, fora do plano da administração, conforme se esquematizou, foi um ponto de discordância entre profissionais entrevistados. A mídia oferece uma importante influência com sentidos variados, em função de seus interesses. No caso citado dos desajustes na Capital Fluminense em torno da regulação, parte da mídia, sabidamente contrária ao governo, mediou diversas críticas, enquanto grupo midiático favorável buscava desacreditar evidências.

Estas tensões foram esquematizadas em plano administrativo onde coabitavam as três formas de administração pública: patrimonial (viciada), burocrática e gerencial, representadas nos vértices de um triângulo. A regulação assistencial, como qualquer outra ferramenta de gestão, estaria em determinando momento da história brasileira, neste campo, ou seja, no interior do triângulo, sob influência de forças atrativas para cada um destes vértices ou polos. Outro esquema, o tetraédrico, foi colocado como evolução do anterior: o quarto polo representam os órgãos judiciais, que atuam influenciam a administração pública, porém, sem administrar.

Espera-se em estudos futuros abordar outras espécies de forças atuantes sobre a regulação, como a mídia.



Referências

- ANDRADE, Antonina Miranda De. **Uso do Sistema Nacional de Regulação – SISREG no Hospital escola da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, na perspectiva de profissionais e usuários**. 24/08/2015 67 f. Dissertação (Mestrado em saúde e desenvolvimento na região Centro-Oeste) – Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande Biblioteca Depositária: UFMS. Disponível em: <<http://repositorio.cbc.ufms.br:8080/jspui/handle/123456789/2563>>. Acesso em 20 mar. 2017.
- BOZZA, Tatiana de Matos. **A implementação da contratualização das unidades de atenção cardiovascular de alta complexidade pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro**. 2015. 103 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14062>>. Acesso em 28 set. 2017.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1 de ago. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 23 jan. 2017.
- CAVALCANTI, Alexandre Giroux. **A regulação assistencial no Sistema Único de Saúde: o caso da Central de Regulação de Cuiabá/MT.** 01/05/2011 99 f. Mestrado em SAUDE COLETIVA Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO, CUIABÁ Biblioteca Depositária: Central da UFMT / Setorial do ISC/UFMT. Disponível em: <<http://www.ufmt.br/ppgsc/arquivos/6f19750e6f64a811ffc20632ad1e050b.pdf>>. Acesso em 10 out. 2017.
- FAVERET FILHO, Paulo; OLIVERIA, Pedro Jorge. **A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde**. 1990.
- FERREIRA, Laura Ribeiro. **Práticas de humanização como mecanismo de coordenação do trabalho em saúde e a identificação de redes - o caso de dois laboratórios do IPEC**. 25/07/2014 118 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/ens-31318>>. Acesso em 20 mar. 2017.
- GONÇALVES, Vladimir Soares. **Programação pactuada integrada da assistência e o sistema estadual de regulação: limites e possibilidades na garantia de acesso da população fluminense às ações e serviços de saúde em cirurgia cardíaca de alta complexidade**. 24/02/2015 104 f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14063>>. Acesso em 1º mai. 2017.
- KNISS, Rosiane. **Assistência oncológica de alta complexidade na macrorregião de Florianópolis: avaliação da regulação do acesso**. 15/07/2015 137 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/157312>>. Acesso em 20 mar. 2017.
- ROCHA, Angelica Pereira da. **Regulação Assistencial Ambulatorial no município do Rio de Janeiro - RJ: efeitos da inserção da APS na Regulação**. 25/04/2015 95 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/14196/1/94.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2017.
- SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. **A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão**. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, jun 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003>.
- SOUZA, Sergio Paulo Carvalho de Souza. **Análise da implantação do sistema de regulação assistencial no âmbito do INCA**. Dissertação (Mestrado Profissional em Administração Pública). UFF, Volta Redonda, 2018.