

A Regulação no Sistema Único de Saúde:

Legislação e mecanismos.

Aluna: Margarete Alves da Silva

Orientadora: Dra. Marilene Barros

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que até o fim nos ajudou, à Dra Marilene, pela paciência, e a aos meus familiares pelo apoio e incentivo.

RESUMO

Na atualidade, o tema regulação tem sido assunto de debate, principalmente, diante da sua relevância técnica nos processos de gestão, formulando e implementando as normas regulamentadoras específicas à ação regulada; controlando e avaliando o seu cumprimento, sugerindo os redirecionamentos necessários, além de estabelecer sanções pelo não cumprimento das normas. Aliada a esta discussão, com a criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, tornou-se necessário a criação de mecanismos de regulação das ações e serviços em saúde. Dentro deste enfoque, o presente trabalho apresenta os conceitos de regulação, suas ferramentas - controle, avaliação e auditoria e, contextualiza-os dentro do referencial weberiano e da legislação vigente no país. O controle é o instrumento que regulamenta o processo de atenção à saúde, já a avaliação representa a apreciação desse processo visando comprovar sua eficiência, eficácia ou efetividade enquanto que a auditoria fiscaliza a conformidade das ações às normas vigentes. Nesta perspectiva, a regulação pode ser entendida como ação social que busca fornecer subsídios para a gestão no campo da saúde, objetivando a sua melhoria.

Palavras-chave: Políticas de saúde, SUS (BR), Acessibilidade, Planejamento em saúde, Serviços de saúde.

ABSTRACT

Currently, Regulation has been the subject of debate throughout the world, mainly before its relevance in technical management processes, formulating and implementing the standards specific to action regulated; controlling and evaluating compliance, suggesting necessary redirects, and establishing penalties for non-compliance. Allied to this discussion, with the creation of the Unified Health System in Brazil, it became necessary to create mechanisms to regulate the actions and services in health. Within this approach, this paper presents the concepts of regulation, their tools-control, evaluation and audit and also contextualizes them inside the weberian theoretical referential and current law of the country.

Key words: Unified Health System, Health Services Accessibility, Health policy, SUS (BR), Health planning, Health service.

SUMÁRIO

RESUMO	3
ABSTRACT	3
SUMÁRIO.....	4
1 INTRODUÇÃO.....	5
2 REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1 MARCOS LEGAIS	9
2.2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3 DISCUSSÃO	19
3.1 Controle das Ações e Serviços em Saúde	26
3.2 Avaliação de Serviços e Sistemas de Saúde.....	27
3.3 Auditoria em Saúde.....	29
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como norte a concepção ampliada de saúde instituída pela VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986) e referendada pela Constituição Federativa Brasileira em 1988 (BRASIL, 1988) que além de associar a saúde às condições de vida, a demarca como direito de todos e dever do Estado. Tem como princípios doutrinários o acesso universal, a integralidade e a equidade e como princípios organizativos a descentralização, regionalização e controle social.

Tais princípios impõem desafios que se associam à exigência de um processo de atenção a saúde de qualidade. Por universalidade entende-se que a saúde como um direito de todos, de toda a população brasileira e, que o Estado tem a obrigação de prover atenção à saúde, segundo afirma a Constituição Federal, entretanto, não parece possível garantir saúde à totalidade dos brasileiros. A integralidade refere-se à inclusão de meios preventivos e curativos de atenção à saúde de forma tanto individual quanto coletiva. O princípio doutrinário da equidade diz respeito à mesma oportunidade de uso e acesso à saúde para todos visando reduzir as disparidades existentes em um país como o Brasil: continental, diversificado e extremamente desigual sócio-economicamente. E, para isso torna-se necessário inserir a diferença no espaço da igualdade, instituindo distintos modelos de cidadania, específicos à diversas realidades vigentes. Assim, as ofertas de ações e serviços de saúde serão desiguais para diferentes grupos populacionais e de acordo com as suas necessidades (ESCOREL, 1998).

Além disso, os princípios organizativos de descentralização político-administrativa, participação da comunidade, hierarquização e regionalização também representam desafios adicionais (BRASIL, 1988). A descentralização político-administrativa divide o SUS em três esferas distintas: nacional, estadual e municipal, cada qual com comando único e atribuições próprias. A participação da comunidade ou controle social preconiza que os usuários participem da gestão do SUS por meio dos Conselhos de Saúde e está regulada pela lei 8.142 (BRASIL, 1990). A hierarquização preconiza uma divisão dos serviços de saúde segundo sua complexidade, sendo que o nível primário é diretamente oferecido à população de maneira permanente e os níveis mais complexos serão oferecidos somente sob demanda. Os fluxos de referência e contra-referência são estruturados a partir deste modelo. A regionalização postula

que cada serviço de saúde tenha uma área de abrangência sob sua responsabilidade de acordo com sua população.

Alguns desses princípios são específicos ao SUS, único no mundo a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, o que torna um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Conta com uma rede ambulatorial constituída por 56.642 unidades, sendo realizados, em média, 350 milhões de atendimentos ao ano, desde a atenção básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade (BRASIL, 2002). Esta complexa estrutura é uma das estratégias para contemplar desafios como a amplitude geográfica e a diversidade socioeconômica e cultural brasileira.

Diante desse contexto, era necessário adotar mecanismos que viabilizassem a formulação e implementação de normas regulamentadoras específicas à ação regulada; além de ferramentas que viabilizem o controle e a avaliação das mesmas, sugerindo os redirecionamentos necessários, além de estabelecer sanções pelo não cumprimento. E, é nessa perspectiva que a política de Regulação do SUS começou a ser estruturada baseando-se nos princípios e diretrizes do SUS. Em 2002, o Ministério da Saúde deu início ao debate sobre os conceitos, as práticas e as finalidades da regulação em saúde, assim como seu controle, avaliação e auditoria (BRASIL, 2002).

O termo Regulação pode ser entendido como “conjunto de ações e instrumentos para organizar a oferta conforme a necessidade, estabelecendo competências, fluxos e responsabilidades, visando o acesso a todos os níveis de atenção á saúde” (SANTA CATARINA, 2002). É importante ressaltar que, de acordo com a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS/01 (BRASIL, 2002a), as funções de regulação, controle e avaliação devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde, tendo em vista a sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de resultados mais efetivos em termos de impacto na saúde da população.

Constitui objetivo geral deste estudo, apresentar os conceitos de regulação, suas ferramentas (controle, avaliação e auditoria), contextualizando-os dentro do referencial weberiano e da legislação vigente no país.

Dentre os objetivos específicos podem ser citados:

- Analisar a legislação vigente no país referente à regulação e seus complexos reguladores;
- Realizar uma revisão bibliográfica da literatura, no que concerne ao tema proposto;
- Compreender os mecanismos de regulação que são: controle, avaliação e auditoria dentro do Sistema Único de Saúde.

A questão norteadora deste trabalho refere-se à necessidade de uma melhor definição dos mecanismos de regulação. Ou seja, controle, avaliação e auditoria não teriam a mesma função no âmbito do SUS?

A hipótese básica é de que os mecanismos de regulação (controle, avaliação e auditoria), apesar de sugerirem funções e atividades semelhantes, cada um deles possui suas diferenças e particularidades dentro da área que atuam.

Tal investigação se faz necessária devido à centralidade que os mecanismos de regulação têm assumido na Administração Pública e à escassez de estudos sobre esse tema.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 MARCOS LEGAIS

Constituição da República Federativa do Brasil

Os mecanismos de regulação no SUS foram previstos em seu artigo 197, ao definir que: “cabe ao Poder Público dispor nos termos da Lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços em saúde.” (BRASIL, 1988)

Lei 8.080/90

A partir das diretrizes constitucionais acima citadas, reafirma em seu capítulo II, art.7, as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde de universalização com equidade no atendimento, descentralização, regionalização e hierarquização. Esta Lei foi criada para regulamentar o Sistema único de Saúde SUS, como política nacional de saúde, demarcando a necessidade de criação de um Sistema Nacional de Auditoria, como mecanismo de regulação e controle técnico e financeiro do SUS, bem como das ações e serviços de saúde em todo território nacional, em cooperação técnica com os estados, Municípios e Distrito Federal. (BRASIL, 1990)

Lei 8689/93

Institui o Sistema Nacional de Auditoria (BRASIL, 1993). Sendo sua regulamentação como órgão responsável pela auditoria no âmbito do SUS, ocorrida em 28 de setembro de 1995, através do Decreto-Lei 1651 (BRASIL, 1995). Esse decreto define auditoria como "análise prévia, concomitante ou subsequente da legalidade dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como a regularidade dos atos técnico-profissionais, praticados por pessoas físicas e jurídicas".

Portaria 1069/99

Com a reestruturação do Ministério da Saúde, a Portaria MS 1069 do Gabinete do Ministro, de 19 de agosto de 1999, estabelece nova organização de atividades do Sistema Nacional de Auditoria (SNA); as atividades de auditoria ficam com o Departamento Nacional de Auditoria

do SUS, DENASUS, representado em todos estados da Federação e no Distrito Federal, e as atividades de controle e avaliação ficam com a Secretaria de Assistência à Saúde, SAS (BRASIL, 1999).

Ressalta-se aqui que os médicos auditores assistenciais (supervisores) do SUS estão vinculados ao Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da respectiva Secretaria de Saúde e realizam atividades de auditoria operativa prévia e retrospectiva ambulatorial e hospitalar.

NOB/96

A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde trata das condições de gestão do estado e municípios, os requisitos relativos às modalidades de gestão, explicitando as responsabilidades dos gestores e as prerrogativas que favorecem o seu desempenho. Instituiu ainda, a estruturação dos componentes do Sistema Nacional de Auditoria nas três esferas gestoras do SUS. Esta norma avançou em direção à constituição de um novo modelo de atenção à saúde, baseado na qualidade e em critérios epidemiológicos, de maneira a priorizar as necessidades do usuário e não apenas a quantidade das ações e serviços (BRASIL, 1996).

Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria 1996

Regulamenta o cumprimento das normas e disposições relativas ao Sistema Único de Saúde, insere divisões regionais de auditoria do Ministério da Saúde, denominadas Divisão de Auditoria (DIAUD), em cada unidade federada, com a responsabilidade do controle, avaliação e auditoria das unidades que compõem o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1996a) Estabeleceu, também, que as atividades de auditoria se dariam em quatro níveis: 1) Auditoria de Nível Central – atividade desenvolvida pela Coordenação Geral de controle, Avaliação e Auditoria e suas coordenações, ou em conjunto com as regionais, ou em cooperação técnica com estados e municípios; 2) Auditoria de Nível Regional – desenvolvida pelas divisões regionais, pelos auditores da Divisão de Controle e Avaliação dos Serviços Assistenciais (DIC) e Divisões de Auditoria (DIAUD) ou em cooperação técnica com estados e municípios; 3) Auditoria de Nível Estadual – responsabilidade do Controle e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde (SES), ou em cooperação técnica com estados e municípios; 4) Auditoria

de Nível Municipal – responsabilidade do Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde ou em cooperação técnica com estados e municípios. Ressalta-se que esse manual foi reeditado em agosto de 1998 (BRASIL, 1998).

Portarias GM 2923/98 e GM 479/99

Estas portarias tratam do programa de apoio à implantação do Sistema Estadual de Referência do Atendimento Hospitalar de Urgência e Emergência e de sua vinculação às Centrais de Regulação. Para um maior investimento na área de urgência/emergência, pré e intra-hospitalar, foi instituída a Portaria GM/MS 2923/98, porém esses recursos não foram utilizados de maneira adequada. Diante disso, foi publicada a portaria GM/MS 479/99, que estabelecia pré-requisitos para a obtenção de recursos. Tal exigência gerou a exclusão da maioria dos hospitais do país, pois poucos se enquadravam nas exigências desta portaria (NITSCHKE, 2005).

Portaria 3016/98

Trata da organização do Sistema Estadual de Gestante de Alto Risco e coloca as centrais de regulação como um dos seus componentes (BRASIL, 1998).

Portaria GM 824/99

Normaliza a organização da assistência pré-hospitalar no país, citando formalmente as centrais reguladoras da assistência pré-hospitalar, dando suas atribuições e composição, e, pela primeira vez, apresentando a figura do médico regulador como sendo necessário para a existência de centrais reguladoras. Subordina as demais atividades pré-hospitalares, fora do SUS, como o caso da atuação do corpo de bombeiros, e no setor privado, às centrais reguladoras públicas do SUS, onde elas existirem (BRASIL, 1999).

Resolução 1529/98 do Conselho Federal de Medicina

Regulamenta a atividade pré-hospitalar, e coloca como condição para o funcionamento dos serviços públicos e privados, a instituição de uma central de regulação, com a figura presente do Médico Regulador (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998).

Portaria GM 1478/99

Trata da criação das Centrais de Programação e Regulação da Assistência Oncológica nas Secretarias Estaduais de Saúde e nas Secretarias Municipais de Gestão Plena do Sistema. Nesta portaria não está claro as funções de coordenação de assistência Oncológica e a sua regulação assistencial (BRASIL, 1999a).

Portaria SAS 356/2000

Regulamenta no âmbito da SAS as Portarias Ministeriais 569/2000 e 571/2000 que, respectivamente, instituíram o Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento no SUS e o Componente II do referido programa (Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal). Coloca como atividades a serem incentivadas com recursos de investimentos pelo MS, no seu artigo 1º e alínea a, “Implantação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal – Estadual/ Regionais/ Municipais” e na alínea b, “Implantação de Sistemas Moveis de Atendimento à gestante” (BRASIL, 2000). Em artigos posteriores e anexos, esta Portaria conceitua a regulação assistencial basicamente nos termos colocados nesta proposta, estabelecem a necessidade e o roteiro para a elaboração de um Plano Estadual de Regulação Obstétrica e Neonatal, e determina explicitamente a existência de uma proposta de vinculação desta central obstétrica com eventuais centrais de regulação já existentes nos estados e/ou municípios. Estimula, portanto, a necessidade de um projeto unificado para a questão da regulação assistencial nos estados.

NOAS-SUS 01/2001

A Norma Operacional de Assistência à Saúde, que implementa novos padrões de regionalização funcional no SUS e muda os critérios de habilitação dos municípios e micro-regiões, aborda em seus artigos 40 e 41, a regulação, ainda que de forma incompleta. Diz o artigo 40: “A regulação da assistência deverá ser efetivada por meio da implantação de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das

urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários”. No artigo 41, dentre outras questões, institui “a delegação de autoridade sanitária ao médico regulador, para que exerça a responsabilidade sobre a regulação da assistência, instrumentalizada por protocolos técnico-operacionais”. Por fim, como item significativo, determina “a definição das interfaces da estratégia da regulação da assistência com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação” (BRASIL, 2001).

NOAS-SUS 01/2002

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 2002, amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica, estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, cria mecanismos para fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualiza os critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002).

A NOAS 2002 recomenda ainda que “o processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidades indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.” (capítulo I, parágrafo 1.1).

“Os estados e municípios deverão elaborar seus respectivos planos de controle, regulação e avaliação que consistem no planejamento do conjunto de estratégias e instrumentos a serem empregados para o fortalecimento da capacidade de gestão. Ao gestor do SUS responsável pelo relacionamento com cada unidade, conforme sua condição de habilitação e qualificação cabe programar e regular os recursos e o acesso da população de acordo com as necessidades identificadas, respeitando os pactos firmados na PPI e os termos de compromisso para a garantia de acesso.” (Capítulo II, artigos 47 e 47.1).

Em 2002, com o objetivo de estimular a criação de um controle mais próximo e contextualizado ao local, a Norma Operacional Básica – NOAS 01/2002 - condicionou que

somente seria habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, o município que, entre outras responsabilidades, tivesse estruturado o componente municipal. Esse componente assumirá o desenvolvimento das "atividades de realização de cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS".

O Pacto pela saúde (BRASIL, 2006) reconhece o sub-bloco Regulação, controle, avaliação e auditoria, como um dos instrumentos para fortalecimento da gestão. Sinaliza que a Auditoria assistencial ou clínica se traduz como um processo que visa verificar e garantir a qualidade do atendimento. Define como responsabilidade do município e do Distrito Federal, a auditoria de todas as ações e serviços de saúde, públicos ou privados, sob a gestão desses. Enquanto que, ao estado compete acompanhar a constituição dos serviços de auditoria pelos municípios, além de contribuir para a qualificação dos localizados no território intermunicipal e vinculados ao Sistema Único de Saúde. De acordo com o pacto, o processo de auditoria deverá estar articulado com as ações de avaliação, controle e regulação assistencial. À União, compete seguir a constituição dos serviços de auditoria, nos estados, Distrito Federal e Municípios; colaborar para a qualificação dos processos de auditoria dos mesmos; além de verificar os sistemas de saúde estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

O Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 1.571, de 29 de junho de 2007, estabelece incentivo financeiro para implantação dos Complexos Reguladores, considerando a necessidade de ordenar o atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, em seus diversos níveis de complexidade, priorizando a estratégia de regionalização definida para a unidade federativa; as regiões e municípios que abrangem maior concentração de oferta de serviços de saúde; e as regiões e municípios que abrangem maior contingente populacional próprio e referenciado (BRASIL, 2007).

A Portaria 1559/2008 foi instituída devido à necessidade de estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no âmbito do SUS visando o aprimoramento e a integração dos processos de trabalho; objetivando ainda fortalecer os instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde - SUS, que devem garantir a organização das redes e fluxos assistenciais, provendo acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde; além de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2008).

2.2 REFERENCIAL TEÓRICO

Os mecanismos de regulação, como um mecanismo de controle, buscam resguardar aos usuários a qualidade das ações do SUS, com base em seu aparato e estruturas estatais. Viana (1996) ressalta como obrigação de uma política pública o direcionamento do sistema às necessidades em saúde dos usuários.

A responsabilidade do serviço de regulação, particularmente em um país extenso e com grande diversidade social, econômica e cultural, como é o caso do Brasil, traz desde sua origem, as marcas de uma complexidade extrema. Diante disso e de sua especificidade, a constituição de mecanismos da regulação - controle, avaliação e auditoria - implicou a instituição de princípios racionalizadores, com diretrizes de conformidade, uniformidade e limites de ação. Significa dizer que essa normalização procurou ordenar as ações em regulação, como também demarcar a construção e apropriação de conhecimento específico ao seu campo, orientando e legitimando sua atuação.

Essa situação por ser entendida com base no referencial weberiano. Para Weber (1982) o objeto da sociologia é a ação social, definida como qualquer ação que o indivíduo dirija a outros indivíduos e que seja orientada pela ação de outros. Ela não é individual, somente existe porque o sujeito, a partir de suas ações, tenta estabelecer algum tipo de comunicação com os demais. Para o sociólogo, haveria três níveis de ação, que podem ser explicitados: 1) a identificação da ação; 2) a compreensão do sentido dessa ação, a partir da interpretação; 3) a explicação dos efeitos da ação.

Tomando-se como ponto de partida a perspectiva de Weber (1999), o processo de regulação pode ser entendido como uma ação social em três níveis. O primeiro nível se relaciona à necessidade da instituição de mecanismos de regulação a partir do estabelecimento de regras para a utilização das ações ou serviços de saúde. O segundo nível se dá com a compreensão formal dessas regras que comandam o programa ou serviço. Na fase de análise dos resultados da implementação desses mecanismos, pressupõe-se que esses devam assumir também a função de formular orientações para mudar a situação vigente, constituindo o terceiro nível de uma ação social.

No que se relacionam ao nosso objeto de investigação, podemos dizer que os dois primeiros níveis, ao facilitarem a ordenação e o controle das ações, conferem estruturação, organização e consistência às ações de regulação, cumprindo as duas condições que Weber caracteriza como necessárias à racionalidade. Uma das condições se refere ao uso de ferramentas – como manuais, normas e rotinas. A segunda diz respeito à formatação lógica e precisa das ações, proporcionando eficiência e assegurando uniformidade, conformidade e responsabilização das mesmas. Além do discernimento acerca de direitos e deveres – demandando ou não sanções – há um tipo de poder exercido sobre as instituições de saúde, gestores, demais funcionários e usuários, o que garante o poder da autoridade burocrática legal.

O sociólogo realça que não é possível aprender o real, devido a sua extensão e multiplicidade; assim, a sociologia consegue apenas aproximar-se da realidade e seu significado somente será apreendido e compartilhado se houver for estabelecida uma relação entre os dois. Esta se dá por compartilhamento entre os motivos e os valores que se complementam. A realidade somente pode ser apreendida porque está confinada a um tipo de racionalidade que se sustenta em preceitos científicos, históricos ou filosóficos. A perspectiva filosófica se baseia em uma abstração generalizante que elimina a contingência, afastando-se do que é concreto e singular. A perspectiva histórica reproduz o real pela descrição, procurando recuperar a perspectiva da contingência. Assim, conhece os acontecimentos na sua singularidade e especificidade, criando conceitos individuais com significados universais.

Portanto, o conceito tem que ser geral e singular e dá origem ao que Weber denomina de “tipo ideal”. Logo, ele não é real; é um construto teórico, que possui validade geral e uma singularização; sendo quase impossível de se tornar “fato”, não representa a prescrição de um modelo, mas a descrição de uma abstração.

Weber acrescenta que existem quatro categorias de ação social, complementares e determinadas pelo tipo de racionalidade que as orientou: 1) “racionalidade em finalidade”: quando já possui uma expectativa quanto ao comportamento do outro, isto é, a ação possui objetivos próprios e ponderados; 2) “racionalidade em valor”: refere-se a um valor intrínseco à ação; 3) “racionalidade afetiva”: relacionam-se às características emocionais presentes na ação; e 4) “racionalidade tradicional”: baseiam-se em costumes, normas e tradições.

A burocracia em Weber (1982) é uma ferramenta para a socialização das relações de poder. Enquanto a autoridade é responsável pelo cumprimento às normas; ela é a legitimação do poder constituído, portanto, autoridade e poder se complementam e demarcam a burocracia, e são perpassados pela lógica da legitimidade. Em Weber (1999), o saber é que orienta a autoridade e, quando este se relaciona com o conhecimento prático adquirido no serviço, faz com que os detentores do poder se tornem ainda mais poderosos. Esse poder é impessoal e integra a organização administrativa ou profissional.

De acordo com Weber (1999), o poder seria a capacidade de induzir a aceitação de ordens, e legitimidade seria a possibilidade de aceitar o exercício desse poder; a autoridade seria, nessa relação, o poder considerado legítimo. Assim, o reconhecimento dessa autoridade depende das partes envolvidas: dominados e detentores de poder. A legitimidade da autoridade se caracteriza por três tipos puros, os quais ele considera de dominação legítima: de caráter racional; de caráter tradicional; e de caráter carismático – traduzidos em autoridade racional-legal, autoridade tradicional e autoridade carismática. A racional-legal – associada ao corpo administrativo – é o retrato da estrutura burocrática; a legitimidade da autoridade não emana do indivíduo, mas de cargos e normas pré-estabelecidos. Ela se sustenta em regras racionais, tendo como referencia o código legal e a competência funcional. A dominação tem caráter impessoal e universalista e o seu poder é limitado por suas próprias esferas de competência.

A dominação de caráter racional-legal, segundo (CHIAVENATO, 2004), tem orientado diversos instrumentos gerenciais em instituições caracterizadas pela rigidez de controle, obediência e formalismo, visando a um alto nível de eficiência.

Na autoridade tradicional, o direito ao comando, segundo Weber (1999), se relaciona ao respeito às tradições, que passam de geração a geração. Nela, o poder privado se confunde com o público. É o tipo de autoridade cujo direito ao comando está condicionado aos usos e costumes; é aquela que perpetua os valores existentes, desde que legitimados pela autoridade hierarquicamente superior.

A autoridade carismática, em Weber (1999), refere-se, por sua vez, á devoção atribuída a um líder. Seus seguidores acreditam na existência de qualidades que o tornam um dirigente

admirado. Baseia-se em um líder revolucionário, que tem seus ideais legitimados pelos seus simpatizantes, colocados na posição de discípulos. O caráter dessa dominação é pessoal.

Weber (1982) afirma que a estrutura burocrática é rígida no estabelecimento de estratégias de gerenciamento. Ela submete os serviços aos padrões técnicos e culturais da empresa, na tentativa de assegurar algum tipo de controle, principalmente, entre aquelas detentoras de grande amplitude e complexidade. Procura, ainda, garantir a continuidade e agilidade das atribuições, como também a capacidade técnica e o mérito pelas ações desempenhadas.

A estrutura burocrática, para ser eficiente, deve cumprir alguns princípios fundamentais, que podem ser resumidos em: normas e regulamentos; rotinas e procedimentos; comunicação formal; divisão do trabalho; hierarquia; impessoalidade; administração especializada; competência técnica; profissionalização da sua força de trabalho (WEBER, 1999). Estes princípios induzem, de certa maneira, a outro, que é a previsibilidade do funcionamento institucional. Eles deveriam garantir um comportamento uniforme, pois, para Weber (1999), todas as ações e reações humanas, no contexto institucional, seriam previsíveis, descartando-se, com isso, o comportamento individual diferenciado. Essa previsibilidade de comportamento é questionada por Chiavenato (2004), que reconhece a possibilidade de diversos fatores que podem influenciá-lo, pois a sua concepção não é puramente mecanicista, viabilizando, assim, a sua imprevisibilidade, bem como a possibilidade do conflito nas ações comportamentais.

A previsibilidade das ações, a eficiência, a estabilidade e a racionalidade, segundo Weber (1999), dependem diretamente do rigor e do caráter técnico e, geralmente, garantem a fidedignidade aos propósitos colocados.

3 DISCUSSÃO

Para discussão da regulação em saúde e seu papel na gestão de sistemas de saúde, faz-se necessária uma breve apreciação sobre o que se entende por regulação em geral, buscando discriminar seus conceitos, suas atividades, seus objetos, assim como as competências dessa função para cada esfera de gestão, no âmbito do SUS.

O desenho de uma nova política de regulação que incorpore os acúmulos históricos, práticos e teóricos ocorrido no âmbito do SUS e, ao mesmo tempo, aponte criticamente as lacunas e deficiências pressupõe a análise das concepções, práticas e finalidades da regulação existente no setor.

Regulação pode ser entendida como “conjunto de ações e instrumentos para organizar a oferta conforme a necessidade, estabelecendo competências, fluxos e responsabilidades, visando o acesso a todos os níveis de atenção á saúde” (BRASIL, 2002a)

Segundo o dicionário (FERREIRA, 2001), o termo regular tem significado de submeter-se a regras, dirigir, regradar, caminhar conforme a lei, aclarar, facilitar por meio de disposições, regulamentar, estabelecer regras para, regularizar, estabelecer ordem ou parcimônia, acertar, ajustar, conter, moderar, reprimir, conformar, inferir, confrontar, comparar, entre outras acepções.

Um conceito amplo de regulação poderia ser o conjunto de ações que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos. Em geral, abarcaria tanto o ato de regulamentar (elaborar leis, regras, normas, instruções, etc.), bem como supervisionar as próprias normas estabelecidas através da fiscalização, controle, avaliação e auditoria (BOYER, 1990).

A partir destes significados pode-se dizer que regulação é um conjunto de atos que estabelecem regras e regulam as mesmas, estabelecem ordem ou parcimônia ao processo de gestão que se pautem na qualidade das ações e serviços prestados.

O conceito de regulação, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, pode ser entendido como a capacidade do Estado de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando sua execução.

Para Oliveira (2003), o conceito de regulação no SUS é o mais conhecido na área de saúde pública e equivale ao controle, avaliação e auditoria na área de saúde. Vem do antigo INAMPS, quando a regulação pública tinha como preocupação principal evitar fraudes na cobrança das contas feitas pelos hospitais contratados/conveniados. Atualmente, evidenciam-se avanços fundamentais quanto a esse conceito que vem sendo construído com base em dois princípios básicos: a) regulação assistencial, que tem como diretriz central regular a oferta de serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde de modo a promover os princípios da equidade e integralidade, ou seja, priorizar o acesso aos serviços por critérios de necessidade dos usuários garantindo um atendimento adequado a cada problema de saúde. A isto chamamos de linha integral de cuidado; b) regulação dos serviços públicos, que objetiva regular o uso dos recursos públicos, garantindo que sejam utilizados segundo os princípios do direito administrativo: legalidade, eficiência, moralidade, impessoalidade e publicidade.

De acordo com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), entende-se por regulação da atenção à saúde, o controle da produção de todas as ações diretas e finais relativas ao processo de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. Essas ações compreendem a contratação, a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária. Nesse sentido, a política de regulação vem sendo estruturada, de maneira a inscrevê-la com base nos princípios e diretrizes do SUS, viabilizando o acesso equânime e oportuno à atenção integral e de qualidade, à universalidade e à garantia de direitos sociais.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS/01 (BRASIL, 2001) foi editada com a finalidade de 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.

A regionalização como estratégia de conformar uma rede intermunicipal e hierarquizada de referências especializadas fez exigências à organização de fluxos de referência e contra referência, assim como a implantação de instrumentos e 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 controles de leitos, consultas e exames, vindos desde a NOB 93 (BRASIL, 1993a).

Diante disso, foi necessária a criação de estratégias pelo SUS para a efetiva garantia do acesso universal dos cidadãos aos serviços de saúde, oferecendo a melhor resposta assistencial, de forma equânime, de qualidade, em tempo oportuno e de acordo com o recurso.

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

Assim, o Ministério da Saúde, buscando superar deficiências conceituais, práticas e de finalidades, propõe uma reformulação dos conceitos, discriminando a regulação segundo sua ação sobre sistemas de saúde (Regulação sobre Sistema), sobre a produção direta das ações e serviços de saúde (Regulação da Atenção à Saúde) e sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde (Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial).

Essa conceituação busca articular e integrar as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria sobre os sistemas e a produção direta de serviços de saúde. Neste sentido, as ações de regulamentação, fiscalização, controle, avaliação e auditoria de produção de bens e serviços em saúde, incluindo a regulação da vigilância sanitária, a regulação da saúde suplementar, e outras ações de controle público da aplicação de recursos devem, de fato, servirem como ações mediatas, oportunas e facilitadoras do processo de atenção à saúde. Além de efetivar a universalidade e equidade do acesso, a resolubilidade e integralidade do

cuidado. Enfim, essa concepção viabiliza condições para uma atuação à saúde orientada pela demanda, necessidades e direitos dos sujeitos/usuários.

É importante ressaltar que a Regulação sobre Sistemas de Saúde abrange a Regulação da Atenção à Saúde, e esta, ao se responsabilizar pela produção direta das ações e serviços e, portanto, sobre prestadores de serviço, compreende a Regulação do Acesso à Assistência.

Uma das estratégias para regular a oferta e a demanda em saúde é a constituição de complexos reguladores, que consiste na organização do conjunto de ações da Regulação do Acesso à Assistência, de maneira articulada e integrada. Os complexos reguladores permitem aos gestores, articular e integrar dispositivos como Centrais de Internação, Centrais de Consultas e exames, protocolos assistenciais com outras ações da regulação da atenção à saúde como contratação, controle assistencial e avaliação, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização.

A implantação de Centrais de Internação, consultas, exames e terapias para gerenciar os leitos disponíveis e agenda de consultas especializadas e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapias-SADT's, demanda um pacto com prestadores, formalizado nos contratos, e a atualização dos cadastros de estabelecimentos, profissionais e usuários.

Os complexos reguladores devem ser implementados de acordo com a regionalização e seus desenhos das redes de atenção, atenção especializada ambulatorial e hospitalar e atenção às urgências. Podem ter abrangência municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo essa abrangência e a respectiva gestão ser pactuadas em processo democrático e solidário entre as esferas de gestão do SUS.

Neste sentido, pode-se compreender a Regulação do Acesso à Assistência ou Regulação Assistencial como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.

O Complexo Regulador estabelecido pela portaria 1571 (BRASIL, 2007) é uma estratégia da Regulação Assistencial, consistindo na articulação e integração de Centrais de Atenção Pré hospitalar e Urgências, Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames e Protocolos Assistenciais com a contratação, controle assistencial, avaliação, programação e

regionalização. Os complexos reguladores podem ter abrangência intra-municipal, municipal, micro ou macro regional, estadual ou nacional, devendo esta abrangência e respectiva gestão, serem pactuadas em processo democrático e solidário, entre as três esferas de gestão do SUS, Federal, Estadual e Municipal.

A referida Portaria 1571 (BRASIL, 2007) determina que o Complexo Regulador será organizado em:

I - Central de Regulação de Consultas e Exames: regula o acesso aos procedimentos ambulatoriais, incluindo terapias e cirurgias ambulatoriais;

II - Central de Regulação de Internações Hospitalares: regula o acesso aos leitos e aos procedimentos hospitalares eletivos e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência; e

III - Central de Regulação de Urgências: regula o atendimento pré-hospitalar de urgência e, conforme organização local, o acesso aos leitos hospitalares de urgência.

As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS (BRASIL, 2008) estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si:

I - Regulação de Sistemas de Saúde. Define as macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde dos sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, baseando-se nos princípios e diretrizes do SUS de maneira a orientar os gestores públicos na execução de “ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas”;

II - Regulação da Atenção à Saúde: Tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população por prestadores públicos e privados no que concerne à produção das ações diretas e finais de atenção à saúde pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Foi estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde. Determina as estratégias e macrodiretrizes para a “Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também

denominada de Regulação Assistencial”. Além de controlar a oferta de serviços a partir de ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS; e

III - Regulação do Acesso à Assistência: é estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais a partir de instrumentos como a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Envolve a regulação médica ao exercer autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A Regulação de Sistemas de Saúde compreende ações como, elaboração de decretos, normas e portarias relativas às funções de gestão, planejamento, financiamento e fiscalização de Sistemas de Saúde; Vigilância Sanitária e Epidemiológica; regulação da Saúde Suplementar; auditoria Assistencial ou Clínica; e avaliação e Incorporação de Tecnologias em Saúde; controle social e ouvidoria em Saúde.

A Regulação da Atenção à Saúde é responsável pela Programação Pactuada e Integrada - PPI; cadastramento de usuários do SUS no sistema do Cartão Nacional de Saúde – CNS; credenciamento/habilitação para a prestação de serviços de saúde; cadastramento de estabelecimentos e profissionais de saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES; *contratualização* de serviços de saúde segundo as normas e políticas do MS; contratação de serviços de saúde, controle e avaliação de serviços e da produção assistencial; elaboração e incorporação de protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais; supervisão e processamento da produção ambulatorial e hospitalar; avaliação analítica da produção; regulação do acesso à assistência e auditoria assistencial; avaliação de desempenho dos serviços e da gestão e de satisfação dos usuários – PNASS, das ações e serviços de saúde nos estabelecimentos de saúde, das condições sanitárias dos estabelecimentos de saúde, os indicadores epidemiológicos e utilização de sistemas de informação que subsidiam os cadastros, a produção e a regulação do acesso.

A Regulação do Acesso à Assistência se relaciona à padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; ao estabelecimento de referências entre

unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados; disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão nas urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários; ações de regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar em urgências; controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados.

A Regulação do Acesso objetiva diagnosticar, adequar e orientar os fluxos da assistência de maneira a garantir o acesso aos serviços de saúde de forma adequada; elaborar, disseminar e implantar protocolos de regulação; construir e viabilizar as grades de referência e contra-referência; garantir os princípios da equidade e da integralidade; fomentar o uso e a qualificação das informações dos cadastros de usuários, estabelecimentos e profissionais de saúde; qualificar permanentemente as equipes que atuarão nas unidades de saúde; subsidiar as ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde; subsidiar o processamento das informações de produção e a programação pactuada e integrada.

A seguir discutir-se-á os mecanismos de Regulação existentes no âmbito do SUS:

3.1 Controle das Ações e Serviços em Saúde

O primeiro mecanismo a ser discutido se refere às ações de controle, que a partir da descentralização do SUS, tornaram-se fundamentais para a sua gestão. Essencialmente, sendo os estados e municípios responsáveis pela aplicação dos recursos financeiros destinados ao custeio da produção de serviços ambulatoriais e hospitalares.

A Lei nº 8080/90, em seu artigo 18 §1 diz que compete à direção municipal do SUS “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações os serviços de saúde, e gerir e executar os serviços públicos de saúde”. Já em seu artigo 15 §1 define como atribuição comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a “definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde”

No entanto, essas funções de controle passaram a ser assumidas pelos estados e municípios, a partir da NOB 93, que apesar de manter o formato da remuneração por produção de serviços apresentados, instituiu a transferência fundo a fundo para os municípios habilitados na Gestão Semiplena regulamentada em 1994. Para a habilitação nas condições de gestão parcial e semiplena, os estados e municípios tinham de comprovar, entre outros pré-requisitos, a constituição de serviços de controle, avaliação e auditoria, com médicos para autorização da AIH e de procedimentos ambulatoriais de alto custo, capacidade técnica de operar o SIA, o SIH e Central de controle de Leitos. Essas exigências foram reafirmadas pela NOB 96 e pela NOAS 1/2002, como pré-requisito à habilitação na condição de Gestão Plena do sistema municipal estadual.

Em 2002, a Portaria SAS/MS423 (BRASIL, 2002) estabeleceu diretrizes, responsabilidades e atribuições para a organização do controle, regulação e avaliação do SUS. O Pacto Pela Saúde (BRASIL, 2006) reestruturou o modelo e redefiniu competências e responsabilidades na regulação, avaliação, controle e auditoria, para as três esferas de gestão do SUS.

3.2 Avaliação de Serviços e Sistemas de Saúde

A avaliação é o outro mecanismo de regulação, mas é a área que mais necessita de avanços. Realizou-se muita ação no sentido de controlar, recentemente em regular acesso, mas muito pouco se avançou no sentido de avaliar os serviços prestados ao SUS ou os diversos prestadores e, menos ainda, o impacto que a prestação de serviços tem causado na população.

A cultura avaliativa deve ser implementada junto aos sistemas de forma ampliada, além da avaliação dos programas e serviços. A avaliação para gestão deve produzir informação e conhecimento que servirá como fator orientador de decisão dos gestores do SUS. A avaliação permite identificar os pontos fortes e as oportunidades de melhorias, devendo ser realizados de forma sistemática retroalimentando o processo de planejamento e contribuindo com a transformação da gestão.

As diferentes concepções de avaliação trazem como pontos comuns: a comparação do que é observado com o que foi idealizado e a emissão de um juízo de valor sobre a diferença encontrada. Assim, o que se verifica, a forma de medir, o referencial de comparação e os graus de valoração são componentes importantes do processo de avaliação, seja uma pesquisa avaliativa, seja chamada avaliação para gestão.

Na avaliação, o processo comparativo pode se constituir em referência ao comportamento do que é observado no tempo (tendência/serie histórica), ou em relação aos seus semelhantes (comparação), ou ainda a padrões e parâmetros reconhecidos e *consensuados* (adequação). Portanto, os melhores parâmetros devem ser os mais compatíveis com a diferença prevista entre a situação a ser avaliada e pretendida no âmbito da própria gestão, coincidindo, ou não, no prazo estabelecido, com parâmetro máximo estabelecido, padrão ouro. Por sua vez, os melhores indicadores são aqueles definidos em função do que se quer avaliar e do que se pretende atingir, devendo ser elaborados a partir dos dados existentes e disponíveis.

Trata-se da análise e da estrutura, processos e resultados das ações, serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de verificar sua adequação aos critérios e parâmetros de eficácia (grau de alcance de metas), eficiência (recursos envolvidos) e efetividade (impacto) estabelecidos para o sistema de saúde. É fundamental a implementação de indicadores objetivos baseados em critérios técnicos, como adoção de instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários do

sistema, que considerem: acessibilidade, integralidade da atenção; resolubilidade; e a qualidade dos serviços prestados.

A avaliação permite identificar os pontos fortes e os aspectos gerenciais menos desenvolvidos em relação ao modelo – que podem ser considerados como oportunidades de melhoria da organização, ou seja, aspectos que devem ser objetos das ações de melhoria. Quando realizada de forma sistemática, a avaliação da gestão funciona como uma oportunidade sobre a própria organização e também como instrumento de internalização dos princípios, valores, e práticas da gestão pública.

A avaliação pode ser direta, por meio da observação, coletando-se dados primários ou pode ser indireta, por meio da análise de indicadores. Os indicadores podem ser de gestão do sistema de saúde ou podem traduzir especificamente os serviços de saúde. O olhar direto nos serviços de sistema de saúde é realizado sistematicamente pelas equipes de vigilância sanitária, do controle das ações de serviços de saúde, da auditoria do SUS, do controle social e das áreas técnicas especializadas (CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde, HUMANIZA SUS, QUALI SUS, HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS, CREDENCIAMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE, etc.). É importante que se exerça uma ação de avaliação direta sistemática, além da avaliação indireta por indicadores e da ação fiscalizadora por demandas. Por sua vez, para que ocorra avaliação indireta é necessário que os registros sejam fidedignos, estejam sob monitoramento e que se agregue capacidade analítica às equipes locais.

3.3 Auditoria em Saúde

O terceiro mecanismo de regulação é a auditoria, que no âmbito do Sistema Único de Saúde está organizada por meio do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), instituído pelo art. 6º, da lei 8689, de 27 de Julho de 1993, e regulamentado pelo Decreto nº 1651, de 28 de Setembro de 1995, que estabelece suas atividades:

- I. Controle da execução dos serviços para verificar sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento.
- II. Avaliação da estrutura, dos processos e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência eficácia e efetividade.
- III. Auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

O SNA tem como principais características a descentralização, a capilaridade, a autonomia, a transparência e a integração tanto horizontal quanto vertical. O foco do seu trabalho está na integralidade e na qualidade das ações e serviços de saúde e no impacto da aplicação dos recursos na qualidade de vida e na satisfação dos usuários. A descentralização e a capilaridade visam garantir uma atuação que permeie todo o território nacional por meio de estabelecimento de papéis definidos para cada nível de gestão do SUS. A integração vertical acontece por meio de ações de auditorias integradas, do estabelecimento de sistemas gerenciais unificados e de fóruns coletivos para tomada de decisões referentes ao SNA, permitindo a cooperação técnica entre seus membros. A integração horizontal está interligada aos demais processos de apoio à gestão, tais como regulação, controle, monitoramento, avaliação, vigilâncias, ouvidoria e controle social.

O pacto pela gestão 2006 veio resgatar a responsabilidade sanitária dos gestores sobre seus municípios, atribuindo-lhes a responsabilidade de prover a população de todos os recursos necessários para sua ação integral, seja no âmbito de seu próprio município seja em outros sistemas municipais, por meio de pactos intergestores. Nessa perspectiva, a auditoria, nas três esferas do governo, mais precisamente nos estados e municípios, locais onde ocorrem as

ações, deverá verificar sistematicamente se os gestores do SUS e a rede de serviços sob sua responsabilidade estão trabalhando em defesa da saúde de sua população.

As ações de auditoria, vertentes do processo gestor, devem acompanhar os sistemas descentralizados de gestão, de forma a garantir o cumprimento dos princípios norteadores do SUS. Com as evoluções da descentralização das ações e serviços de saúde e os respectivos recursos financeiros, auditoria vem se fortalecendo gradualmente, para verificação da aplicação correta dos recursos, bem como vem modificando seu modo de operar, agregando às suas ações a verificação do impacto da aplicação desses recursos para promover a atenção integral à população e seu grau de satisfação em relação aos serviços que lhes são prestados.

São órgãos integrantes do Sistema Nacional de Auditoria (SNA): a) Ministério da Saúde – Por meio do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde - DENASUS, e pelas Divisões e Serviços de Auditoria – DIAUD e SEAUD nos núcleos estaduais do Ministério da Saúde e no Distrito Federal; b) Secretarias Estaduais de Saúde, por meio do componente estadual de auditoria; c) e Secretarias Municipais de Saúde, por meio do componente municipal de auditoria.

Conceitualmente, a auditoria constitui-se em um conjunto de técnicas que visam verificar estruturas, processos e resultados, a aplicação de recursos financeiros, mediante a confrontação entre uma situação encontrada e determinados critérios técnicos, operacionais ou legais, procedendo a exame especializado de controle na busca da melhor aplicação de recursos, visando evitar ou corrigir desperdícios, irregularidades, negligências e omissões (ATTIE, 1994).

A auditoria verifica a partir de exame analítico e pericial, a legalidade dos atos da administração orçamentária, financeira e patrimonial, bem como da regularidade dos atos técnicos praticados no âmbito do SUS por meio de pessoas físicas ou jurídicas integrantes ou participantes do sistema.

O trabalho engloba o exame sistemático e independente para determinar se as ações, serviços e sistemas de saúde encontram-se adequados na sua estrutura, processos e resultados, e quanto aos aspectos de eficácia, eficiência e efetividade, na gestão do SUS.

Na prática operacional da auditoria, podem ser utilizadas técnicas de observação, medição, ou ferramentas apropriadas, objetivando verificar a adequação dos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições previstas nos instrumentos de planejamento e gestão. Sua ação deve ter, essencialmente, caráter educativo e ser isenta de pressão política. Visa à otimização e diminuição de custos, além de prover a gestão de elementos para que possa analisar criticamente suas ações e os serviços que são colocados a disposição dos usuários. É uma ferramenta para o aprimoramento do sistema a medida que propicia subsídios para tomada de decisões.

A auditoria deve atuar essencialmente quando as funções de controle, avaliação e regulação sinalizarem distorções ou quando estas ações mostrarem insuficientes para prevenir ou corrigir falhas. Portanto, a preexistência desses mecanismos, associada aos instrumentos do planejamento e gestão do SUS, são elementos essenciais para a fundamentação e abertura de processos de auditoria.

Trata-se de uma ferramenta importante na garantia da efetividade do controle social. Os conselhos de saúde, ao terem acesso aos produtos das auditorias encontrarão importantes informações para sua ação, possibilitando interferir positivamente na definição das políticas públicas de saúde e/ou recondução das práticas, por meio do exercício de sua função de indutor da responsabilidade governamental, entendida como a qualidade dos governos em responder à confiança, suas necessidades e expectativas.

3.4 Mecanismos de Regulação no SUS: uma breve síntese

De acordo com o exposto, conclui-se que, Regulação no âmbito do SUS representa o conjunto de ações e ferramentas coordenadas que visam organizar a oferta, o acesso e a prestação das ações e serviços em todos os níveis de atenção à saúde de acordo com as demandas e necessidades e dentro de parâmetros como competência, fluxo e responsabilidade. É responsável desde a organização a partir da elaboração de leis, regras, normas, rotinas, protocolos, etc., compreendendo o acompanhamento e a avaliação, além de verificar a conformidade da ação e/ou serviço realizados. Assim, além de estabelecer regras, regula as mesmas.

Compreende mecanismos como o Controle, responsável pela regulamentação do processo de atenção à saúde; a Avaliação, que pressupõe a apreciação do processo visando comprovar sua eficiência, eficácia ou efetividade, sugerindo mudanças para alcançá-las. E, a Auditoria, que visa verificar a conformidade dos procedimentos executados.

Nesta perspectiva, a regulação e seus mecanismos podem ser entendidos como ação social, sendo que seus relatórios ou pareceres advêm da interpretação que se dá aos objetos regulados. Seus mecanismos são complementares e coordenados e buscam fornecer subsídios para a gestão no campo da saúde, objetivando a sua melhoria.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regulação é um mecanismo que tem assegurado relevância técnica nos processos de gestão e qualidade às ações e serviços prestados pelo SUS. Entre suas principais funções se encontram o ordenamento da relação dos usuários com os serviços, do gestor com os prestadores, garantindo o acesso dos cidadãos à rede de serviços públicos além de operacionalizar a hierarquização da saúde em todo Estado. Busca, ainda, a otimização dos serviços de referência nos espaços supra-municipais, segundo os critérios das necessidades da saúde da população, além de ofertar a resposta assistencial mais adequada às demandas existentes.

Diante da diversidade, complexidade e da extensão geográfica brasileira, o SUS reconheceu a importância de associar à regulação, seus princípios doutrinários – universalidade, integralidade e equidade e organizativos – descentralização, controle social e regionalização. Assim, em 2008 regulamentou a Política Nacional de Regulação do SUS que estabelece a estratégia de arranjos organizativos de maneira a abranger as demandas e necessidades em saúde, tendo o usuário como a referência de organização dos serviços.

Cabe especialmente aos municípios o desafio de assumir a gestão do sistema, avançar na sua integração real, planejar as ações, estabelecendo a adequação da oferta de serviços de acordo com as necessidades identificadas. Dessa forma, assumem o processo de regulação, ao garantir o acesso dos cidadãos aos serviços e a oferta dos mesmos, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função. Promove, assim, a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime e ordenada.

Embora controle, avaliação e auditoria tenham a mesma finalidade de no âmbito do SUS, cabe ressaltar a especificidade de cada instância a fim de diferenciar cada um destes mecanismos. O controle sobre as ações tem como objetivo garantir que o serviço de saúde tem ou não condições de funcionar, enquanto que a avaliação fala a respeito da qualidade deste serviço, o que é ainda muito incipiente atualmente. A auditoria deve satisfazer ambas as

condições anteriores consolidando de maneira global a quantidade e a qualidade de tais serviços.

É importante frisar que por ser um tema, ainda com pouco abordado, não se esgota com o presente trabalho, devendo ser pesquisado posteriormente de maneira mais ampla e profunda em dissertação de mestrado.

REFERÊNCIAS

ATTIE, W. Controle interno. In: Auditoria: Conceitos e aplicações. 2. ed. São Paulo: Atlas. 1994. cap.7. p.60-8.

BOYER, R. A teoria da regulação: uma análise crítica. São Paulo: Nobel, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987

_____. Manual de Auditoria do Sistema Nacional de Auditoria. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 52 p.

_____. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 Agosto 2010.

_____. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Disponível em: <sna.saude.gov.br/legisla/legisla/sna/LEI%208689_93sna.doc>. Acesso em: 10 Ago 2010.

_____. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Noas%2001%20de%202001.pdf>>. Acesso em: 03 Out 2010.

_____. Portaria nº 1478, de 28 de dezembro de 1999. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=22&data=29/12/1999>>. Acesso em: 03 Out 2010.

_____. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-1559.htm>>. Acesso em: 03 Out 2010.

_____. Portaria nº 1.571, de 29 de junho de 2007. Disponível em: <http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/obesidade/portaria_gm_1571_2007.pdf>. Acesso em: 03 Out 2010.

_____. Portaria nº 1069, de 19 de agosto de 1999. Disponível em: <[http://www.saude.gov.br/sas/Portaria 1069.htm](http://www.saude.gov.br/sas/Portaria%201069.htm)>. Acesso em: 2 Abr 2010.

_____. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 02 Abr 2010.

_____. Portaria nº 3016, de 19 de Junho de 1998. Disponível em: <<http://drt2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-3016.htm>>. Acesso em: 12 Ago 2010.

_____. Portaria nº 356, de 22 de setembro de 2000. Disponível em: <http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/Portaria_SAS_356.PDF>. Acesso em: 03 Out 2010.

_____. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 03 Out 2010.

_____. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 03 Out 2010.

_____. Portaria nº 423, de 09 de Julho de 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-423.htm>>. Acesso em: 10 Ago 2010.

_____. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20545_20_05_1993.pdf>. Acesso em: 3 Out 2010.

_____. Portaria nº 824, de 24 de Junho de 1999. Disponível em: <dtr2001.saude.gov.br/PORTARIAS/GM/GM-0824.html>. Acesso em: 3 Out 2010.

Brasil. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96: Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 34 p.

_____. O sistema público de saúde brasileiro. In: _____ Seminário Internacional: Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Presidência da República. Constituição da república federativa do Brasil: capítulo da saúde, Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%20E7ao.htm#cfart196>. Acesso em: 10 Ago 2010.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 10 Agosto 2010.

Brasil. Senado Federal. Decreto nº 1651, de 28 de setembro de 1995. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/Decreto1651.htm>>. Acesso em: 1 Abril 2010.

CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. 11. ed. Rio de Janeiro: Campos, 2004. 664 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 1.529/98. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/1998/1529_1998.htm>. Acesso em: 03 Out 2010.

ESCOREL, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. 208p.

FERREIRA, A. B. D. H. Miniaurélio Século XXI escolar: o minidicionário da língua portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

NITSCHKE, C. A. S. SAMU 192. Florianópolis: Núcleo de Educação em Urgência Escola de Saúde Pública de Santa Catarina, 2005.

OLIVEIRA, R. D. C. Gerência de regulação. Revista Eletrônica da SMSA-PBH, Março 2003. ISSN 15. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/saudedigital/marco2003/regulacao.html>>. Acesso em: 03 Out 2010.

SANTA CATARINA. Secretaria de estado da saúde. Portaria nº 277 de 09 de abril de 2002. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/ANEXO%20DELIBERACAO%20192-2009-PROJETO%20COMPLEXOS%20REGULADORES.doc>. Acesso em: 10 Ago 2010.

VIANA, A. L.. Abordagens metodológicas em políticas públicas. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-43, mar/abr 1996.

WEBER, M.. Ciência e Política: duas vocações. 11. ed. São Paulo: Cultrix, 1999. 124 p.

_____. Ensaio de Sociologia. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982. 530 p.