

Dimensões e regimes da regulação na Rede de Atenção às Urgências e Emergências: um jogo de disputas entre o interesse público e o privado

Regulatory aspects and measures of the Emergency Care Network: a game of disputes between the public and private interests

Dimensiones y regímenes de regulación en la Red de Atención de Urgencias: un juego de disputas entre intereses públicos y privados

*Luís Fernando Nogueira Tofani*¹
*Andressa Rebequi*¹
*Cristian Fabiano Guimarães*¹
*Lumena Almeida Castro Furtado*¹
*Rosemarie Andrezza*¹
*Arthur Chioro*¹

doi: 10.1590/0102-311XPT161222

Resumo

O artigo tem o objetivo de analisar as dimensões e regimes da regulação enquanto produção social na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) em duas regiões de saúde. Trata-se de um estudo de casos múltiplos, de caráter qualitativo, realizado por meio de 61 entrevistas com gestores, usuários e gerentes de serviços de saúde. A análise teve como referencial teórico a Teoria da Produção Social. Foram identificados os regimes de regulação profissional, leiga, clientelista e governamental, nas dimensões sistêmica, dos serviços e de acesso. Os principais resultados apontam para fluxos de regulação produzidos por movimentos de diversos atores sociais, com destaque para a ação de representantes de prestadores de serviços hospitalares, sobretudo privados, caracterizando a proposta de um outro regime: a regulação mercantil. Os limites e potências de arranjos como as centrais de regulação hospitalares e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os núcleos internos de regulação hospitalar e o uso do WhatsApp são evidenciados. A regulação em saúde na RUE é constituída por processos sociais complexos, contraditórios e conflitantes, cujos fluxos são produzidos no limite entre o interesse público e o privado.

Regulação e Fiscalização em Saúde; Serviços Médicos de Emergência; Sistemas de Saúde; Gestão em Saúde; Atenção à Saúde

Correspondência

L. F. N. Tofani
Universidade Federal de São Paulo.
Rua Botucatu 740, São Paulo, SP 04023-062, Brasil.
luis.tofani@gmail.com

¹ *Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, Brasil.*



Introdução

O conceito clássico de regulação provém da economia e pressupõe, no contexto do capitalismo, a intervenção do estado para a correção de falhas de mercado ¹. Embora os termos regulação e regulamentação sejam utilizados sem muito rigor, a regulação seria um conceito principal, abrangente, com possibilidades de intervenção diversificadas; já a regulamentação seria uma das possíveis ações regulatórias, compreendida como a produção de atos regulamentares em normas ². De forma genérica, regulação abarcaria tanto o ato de regulamentar – elaborar leis, normas, instruções – quanto as ações que asseguram o cumprimento dessas regulamentações: controle, avaliação, auditoria, sanções e premiações ³.

No campo da saúde, a regulação é um conceito polissêmico ^{3,4}, diretamente relacionado à capacidade de intervenção nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando sua execução por meio de ações técnicas e/ou políticas ⁴. Nas normativas do Sistema Único de Saúde (SUS), a regulação é considerada função da gestão e contempla três dimensões integradas: a atuação sobre os sistemas de saúde, sobre a produção de ações de saúde e sobre o acesso dos usuários à assistência ⁵.

Neste estudo, partimos do pressuposto de que a regulação em saúde é uma produção social ³, um campo de conflitos e disputas em que as regras do jogo vão sendo socialmente produzidas e negociadas ⁶. Para Matus ⁷, toda produção social tem dimensões econômicas, políticas, ideológico-culturais, cognitivas, jurídicas e ecológico-espaciais. Assim, o processo de regulação em saúde se insere dentro de um cenário de disputas e de interesses conflitantes, que determinam o seu formato e alcance. A macrorregulação pode se estabelecer em bases sociais públicas, como as defendidas pela reforma sanitária brasileira e inscritas nos postulados legais do SUS, ou em bases corporativas e tecnocráticas e/ou apoiadas nos interesses dos mercados privados ².

Para além da ação regulatória governamental em saúde, Cecilio et al. ⁶ visibilizam outros regimes de regulação: a profissional, a clientelista e a leiga, considerando as ações dos profissionais de saúde, de atores políticos e dos próprios usuários do sistema – o agir leigo. Esses regimes ampliam a compreensão sobre a complexidade dos processos regulatórios a partir da apreensão dos movimentos de outros atores sociais para além do Estado, reforçando a caracterização da regulação em saúde enquanto uma produção social.

A política de Redes de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) foi implementada no Brasil com o objetivo de articular e integrar os equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso dos usuários em situação de urgência e emergência de forma ágil e oportuna ⁸. Ela se insere no contexto de organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) regionalizadas, integradas e coordenadas pela atenção básica ⁹. A regulação é considerada elemento dos sistemas logísticos e de apoio nas RAS e diretriz para articulação entre todos os componentes, como garantia de equidade e integralidade na RUE ⁸. Jorge et al. ¹⁰ identificaram a regulação enquanto um dos nós críticos para a governança da RUE, observando falta de decisão política de gestores em regular e insuficiência de ferramentas de manejo do ato regulatório. Por outro lado, estudos apontam para a produção de arranjos regulatórios potentes para qualificar a atenção e o cuidado em redes vivas ^{11,12}.

Assim, emergem algumas questões: como a regulação tem sido desenvolvida na RUE? As ações regulatórias são produzidas por quais atores? Como as eventuais disputas e interesses impactam a garantia do acesso e a integralidade do cuidado? A partir dessas perguntas, o objetivo desta pesquisa é analisar as dimensões e regimes da regulação enquanto produção social na RUE em duas regiões de saúde.

Método

A pesquisa tem caráter qualitativo, caracteriza-se como um estudo de casos múltiplos e foi desenvolvida por meio de entrevistas com gestores, usuários e gerentes de serviços que compõem a RUE em duas regiões de saúde, no Brasil: Região Metropolitana de Campinas, no Estado de São Paulo, e Região Planalto, no Rio Grande do Sul. O principal referencial teórico utilizado foi a Teoria da Produção Social ⁷, que considera em toda produção realizada por atores sociais o uso de recursos econômicos e de poder e a aplicação de valores e conhecimentos.

O método de estudo de casos múltiplos envolve mais de um caso e tem potencial para proporcionar um estudo mais aprofundado, pois utiliza múltiplas fontes de evidências. Sua ênfase não está no potencial de generalização, mas na compreensão das vivências, que tem forte ligação com intencionalidade e ampliação da experiência ¹³. Na escolha das regiões foram consideradas, além da densidade tecnológica e assistencial dos diferentes serviços que compõem a RUE, as diferenças de localização, características socioeconômicas e porte populacional, que conferem potencial de visibilização da diversidade e multiplicidade nos casos estudados (Quadro 1) ^{14,15}. Embora a pesquisa não tenha caráter comparativo, algumas diferenças são evidentes e foram descritas entre as práticas de regulação nas duas regiões.

A coleta de dados foi realizada em três etapas e incluiu 61 participantes (Quadro 2). Na primeira fase, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com gestores municipais e das secretarias de Estado da saúde. O critério de inclusão foi a participação no processo de planejamento e pactuação da RUE. Na segunda fase, foram entrevistados usuários do SUS de cinco municípios escolhidos por diferentes portes populacionais, que haviam utilizado recentemente serviços da RUE em três linhas de cuidado: trauma, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC) ⁸. Os entrevistados foram indicados pelos trabalhadores das unidades básicas de saúde (UBS) e pelas centrais municipais de regulação, sendo realizadas entrevistas visando à coleta de narrativas sobre a utilização da RUE, configurando relatos de vida em situações experienciadas pelos usuários ¹⁶. A terceira fase contemplou entrevistas em profundidade com gerentes de serviços que compõem a RUE em ambas as regiões, disparadas pela apresentação de cenas produzidas a partir dos relatos dos usuários e direcionadas por questões por meio de roteiro semiestruturado. A participação dos entrevistados nas três etapas foi voluntária, sendo firmado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O material foi gravado e transcrito, e as identidades foram codificadas como garantia de sigilo e anonimato.

Entrevistas têm a capacidade de elucidar realidades sociais a partir das perspectivas e experiência dos atores sociais, além de abrir a possibilidade de compreender e conhecer internamente dilemas e questões enfrentadas ¹⁷. Nesta pesquisa, foi produzido um material empírico volumoso e diverso, cuja análise foi realizada pela organização de quadros compostos por trechos selecionados de narrativas coletadas nas entrevistas, tendo como referência as dimensões da regulação propostas em normativa federal ⁵ e os regimes de regulação propostos por Cecilio et al. ⁶.

Quadro 1

Caracterização do campo da pesquisa.

CARACTERÍSTICAS	REGIÃO METROPOLITANA DE CAMPINAS (SÃO PAULO)	REGIÃO PLANALTO (RIO GRANDE DO SUL)
População	3.231.033 habitantes	414.138 habitantes
Número de municípios	20	28
Área (km ²)	3.792km ²	7.814km ²
Município sede	Campinas	Passo Fundo
Densidade demográfica (habitantes/km ²)	852,06	52,88
PIB <i>per capita</i> /ano (R\$)	48.332,79	31.915,00
Capacidade instalada em saúde		
UBS	307	128
UPA	29	6
Hospitais	55	15
SAMU	3 municípios cobertos	28 municípios cobertos
Cobertura de APS	57,65%	84,71%

APS: atenção primária à saúde; PIB: produto interno bruto; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; UBS: unidade básica de saúde; UPA: unidade de pronto atendimento.

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ¹⁴ e Ministério da Saúde ¹⁵.

Quadro 2

Entrevistados na Região Metropolitana de Campinas (São Paulo) e Região Planalto (Rio Grande do Sul), 2019-2020.

FASES	CODIFICAÇÃO	ENTREVISTADO
Fase 1: gestores de saúde		
Região Metropolitana de Campinas	GEC1	Gestora Estadual Regional
	GEC2	Gestora Estadual Regional
	GEC3	Gestora Estadual Regional
	GEC4	Gestora Estadual Regional
	GMC1	Gestor Municipal de Saúde
	GMC2	Gestora Municipal de Saúde
	GMC3	Gestora Municipal de Saúde
Região Planalto	GEP1	Gestora Estadual Regional
	GEP2	Gestora Estadual Regional
	GMP1	Gestor Municipal de Saúde
	GMP2	Gestor Municipal de Saúde
	GMP3	Gestor Municipal de Saúde
	GMP4	Gestor Municipal de Saúde
	GMP5	Gestor Municipal de Saúde
GMP6	Gestor Municipal de Saúde	
GMP7	Gestor Municipal de Saúde	
Fase 2: usuários do SUS		
Município com população menor que 5 mil habitantes	UD1	Usuário da Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral
	UD2	Usuário da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio
	UD3	Usuário da Linha de Cuidado do Trauma
Município com população entre 5-50 mil habitantes	UM1	Usuário da Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral
	UM2	Usuário da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio
	UM3	Usuário da Linha de Cuidado do Trauma
Município com população entre 50-150 mil habitantes	UI1	Usuário da Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral
	UI2	Usuário da Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral
	UI3	Usuário da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio
	UI4	Usuário da Linha de Cuidado do Trauma
	UI5	Usuário da Linha de Cuidado do Trauma
Município com população entre 150-200 mil habitantes	UP1	Usuário da Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral
	UP2	Usuário da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio
	UP3	Usuário da Linha de Cuidado do Trauma
Município com população maior que 200 mil habitantes	UH1	Usuário da Linha de Cuidado do Trauma
	UH2	Usuário da Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral
	UH3	Usuário da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio

(continua)

Quadro 2 (continuação)

FASES	CODIFICAÇÃO	ENTREVISTADO
Fase 3: gerentes de serviços de saúde		
Município com população menor que 5 mil habitantes	GD1	Diretor geral de hospital filantrópico
Município com população entre 5-50 mil habitantes	GM1	Responsável técnica de UBS
	GM2	Responsável técnica de UBS
	GM3	Responsável técnico de base do SAMU
	GM4	Diretor administrativo de hospital filantrópico
Município com população entre 50-150 mil habitantes	GP1	Responsável técnico de UBS
	GP2	Responsável técnica de base do SAMU
	GP3	Diretor administrativo de hospital filantrópico
	GP4	Coordenador de Urgência e Emergência de hospital filantrópico
	GP5	Coordenador de Emergência de hospital filantrópico
	GP6	Diretor geral de hospital filantrópico
Município com população entre 150-200 mil habitantes	GS1	Gerente de UBS
	GS2	Gerente de Serviço de Atenção Domiciliar
	GS3	Responsável Técnica por Hospital Filantrópico
Município com população entre 200-500 mil habitantes	GH1	Gerente de UBS
	GH2	Gerente de UPA
	GH3	Coordenador de SAMU regional
Município com população maior que 500 mil habitantes	GC1	Coordenadora de UBS
	GC2	Diretor de SAMU
	GC3	Coordenador de SAMU
	GC4	Coordenador administrativo de UPA
	GC5	Gerente de UPA
	GC6	Diretor de Pronto-Socorro de hospital municipal
	GC7	Responsável técnica pelo Serviço de Internação Domiciliar
Serviços sob gestão estadual na Região Metropolitana de Campinas	GE1	Coordenadora da Unidade de Emergência de hospital universitário estadual
	GE2	Coordenador de Urgência de hospital regional estadual
	GE3	Coordenadora da Central de Regulação Regional de Urgências
Serviço sob gestão estadual na Região Planalto	GE4	Gerente de Planejamento Regional (regulação)

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; SUS: Sistema Único de Saúde; UBS: unidade básica de saúde; UPA: unidade de pronto atendimento.
Fonte: elaboração própria.

O estudo foi desenvolvido em grupo de pesquisa mediante financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Faculdade Meridional (IMED) e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa de três instituições: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP; parecer nº 4.890.164), IMED (parecer nº 4.761.843) e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP; parecer nº 3.611.077), de acordo com a *Resolução nº 466/2012* do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados e discussão

A produção social é um processo que ocorre por meio de planos que interagem reciprocamente, mantendo relações de condicionamento e determinação: as leis básicas, as acumulações e os fluxos ⁷. Neste estudo, conseguimos identificar os três planos interagindo de forma imanente e simultânea. Para Matus ¹⁸, o processo de produção social é semelhante a um jogo complexo, de caráter conflitante, em que há regras fundamentais (a genoestrutura), atores sociais, com seus recursos acumulados (a fenoestrutura), e movimentos (fluxos de produção).

No caso da regulação em saúde, a genoestrutura corresponde às estruturas econômica, jurídica, política e ideológica que compõem as regras do jogo social no qual as ações são desenvolvidas. Esse plano não é homogêneo e abarca disputas entre diferentes concepções e interesses.

O Brasil é o único país capitalista da América Latina que adotou o modelo de sistema de saúde público universal e, embora a implementação do SUS tenha sofrido constrangimentos e contradições, o reconhecimento da saúde como direito trouxe importantes avanços ¹⁹. O próprio texto constitucional brasileiro reforça a ação do Estado sobre o setor saúde ao considerar que as ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, de sua regulamentação, fiscalização e controle ²⁰.

A regulação governamental ⁶ é desenvolvida pela ação de atores em situação de governo que impõem sua autoridade formal e legal por meio de normativas e instrumentos de controle. Neste estudo, compreendem-se as três dimensões da regulação definidas pelo Ministério da Saúde enquanto componentes do regime de regulação governamental. Nas entrevistas, foram identificadas narrativas que remetem a ações regulatórias: (1) sobre o sistema de saúde (elaboração de normas e portarias, planejamento, financiamento, fiscalização e incorporação de tecnologias em saúde); (2) sobre a atenção à saúde (contratualização de serviços, habilitação, auditoria e processamento da produção hospitalar); e (3) sobre o acesso à assistência (regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar, controle de leitos e agendas, padronização de fluxos, protocolos e estabelecimento de grade de referências) ⁵ (Quadro 3).

Na genoestrutura, as regras políticas básicas determinam e são determinadas pelas regras econômicas referentes ao processo de acumulação de capital e à produção de bens e serviços ⁷. No Brasil, a rede hospitalar é majoritariamente privada, em parte contratualizada para prestação de serviços ao SUS, definindo um padrão de relação mercantil na conformação de sua assistência ². Assim, o histórico da regulação é atravessado o tempo todo pela relação entre o público e o privado, alternando concepções de saúde enquanto direito ou mercadoria. Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstram claramente ações de normatização e controle, ou de omissões do regime de regulação governamental sobre os prestadores privados de saúde, sobretudo os hospitais cujo poder real e simbólico continua intocado ²¹. Assim, fica “esboçado” o campo de disputas e conflitos entre o interesse público e o privado, em que atores sociais diversos atuam na produção da regulação em saúde.

O plano das fenoestruturas corresponde às acumulações de poderes pelos atores que atuam no jogo social ¹⁸. Neste estudo, fica clara a heterogeneidade de ações dos gestores: são identificadas desde atuações regulatórias fortes sobre os serviços de saúde, até a quase inação do ente estatal. Para Oliveira & Elias ⁴, a definição das formas de intervenção do Estado é o ponto fundamental de convergência entre os distintos conceitos de regulação em saúde. Além da capacidade técnica e gestora acumulada dos atores em situação de governo, pode-se também questionar: a que interesses ou projetos servem? Nesta pesquisa, foi possível identificar uma forte ação dos prestadores de serviços, principalmente privados, cujos representantes se constituem como atores sociais com acúmulo de poder econômico, político, social e ideológico.

Também são identificadas ações de outros atores sociais que se fenoestruturam para produzir a regulação em saúde. Assim, além de ações de regulação governamental, relatos sobre os regimes de regulação profissional, clientelista e leiga também são coletados. No Quadro 4, são descritas transcrições literais ilustrativas do material coletado nas entrevistas. No regime de regulação profissional, emergem relatos de regras e fluxos informais criados pela ação autônoma dos trabalhadores da saúde. Atores políticos utilizam seu poder para produzir “atalhos” aos fluxos formais, caracterizando o regime de regulação clientelista. Já a regulação leiga é evidenciada pelo agir dos usuários que constroem seus próprios mapas de cuidados, inclusive pelo uso combinado de serviços públicos e privados.

Quadro 3

Regulação governamental e suas dimensões a partir do relato dos entrevistados: síntese dos achados.

DIMENSÃO	RELATO DOS ENTREVISTADOS	ANÁLISE SÍNTESE DOS RESULTADOS
Sistêmica	<p><i>"Então na verdade a RUE é um programa que foi adaptado. Ele já existia de uma forma ou de outra mesmo antes das políticas, sempre teve a emergência em todo o local. E a gente foi adaptando-as nas portarias" (GMP5)</i></p> <p><i>"Na realidade, o que mais estimulou nós gestores foi que na época a gente tinha uma portaria que falava das ações integradas, urgência, emergência e tinha custeio junto. A gente nunca tinha isso muito junto" (GMC3)</i></p> <p><i>"O SAMU a gente só tinha estruturado em três municípios. A ideia era ter um SAMU metropolitano. Essa sempre foi a ideia da região. Já fizemos uns 3 projetos, mas esbarra no financiamento. O estado não participa" (GEC4)</i></p> <p><i>"A trombólise foi uma coisa que veio muito forte (...) a gente conseguiu trazer a trombólise pré-hospitalar, que vem funcionando brilhantemente" (GC6)</i></p>	<p>A normatização da RUE, apesar dos avanços produzidos, apresenta limitações no campo da prática.</p> <p>A regulação sistêmica é identificada como insuficiente e limitada. Não se conta efetivamente com um sistema de regulação governamental integrado e robusto, que permita tomar decisões quanto ao acesso, monitorar e avaliar os serviços contratados pelo SUS.</p> <p>A comunicação entre os diferentes pontos de atenção existentes no território é precária e burocrática e a RUE se organiza por uma dinâmica de acesso espontânea que privilegia o hospital.</p> <p>A regulação pelo SAMU ameaça o status quo, pois tem potencial para desorganizar os mecanismos informais instituídos. Isso pode explicar, de certa forma, o não investimento estadual em favorecimento aos interesses dos hospitais, sobretudo privados.</p> <p>Os fluxos da regulação são produzidos no limite entre o interesse público e o privado.</p>
Assistencial	<p><i>"O sucesso dessas redes é investir na regulação e na gestão, na contratualização" (GEC3)</i></p> <p><i>"A gente observa que essa discussão das redes fortaleceu alguns gestores para conversar com seu prestador: está vendo, é uma política, a contratualização, o recurso vem para você atender regionalmente, vai ser regulado" (GEC4)</i></p> <p><i>"Ele vinha, conversava com o grupo condutor, fazia os questionamentos, monitorava a rede, ia em cada hospital, via se tem os leitos, se tem protocolos, se estão sendo regulados. Você tem toda uma estrutura, tirava recursos" (GEC4)</i></p> <p><i>"Eu tenho 40 leitos de retaguarda (...) é separado na contratualização (...) eu recebo uma planilha todos os dias da ocupação destes leitos" (GMC2)</i></p> <p><i>"Eu percebi que com as novas portarias teve uma nova organização de fluxo um pouco melhor, porque antes a gente conseguia no favor mesmo (...) hoje a gente tem uma rede desenhada, então a gente consegue saber para onde ir e fica muito mais fácil para onde encaminhar" (GMP5)</i></p>	<p>A contratualização dos prestadores privados como forma de acesso a novos recursos financeiros emerge como dispositivo importante da regulação da assistência, fortalecendo as práticas de gestão.</p> <p>Os gestores nem sempre tomam decisões de enfrentamento dos poderes locais, principalmente dos representantes dos hospitais privados, mantendo relações e práticas já instituídas.</p>

(continua)

Quadro 3 (continuação)

DIMENSÃO	RELATO DOS ENTREVISTADOS	ANÁLISE SÍNTESE DOS RESULTADOS
Acesso	<p><i>"Teve a centralização da regulação da Urgência/Emergência na CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde) (...) tem a questão da falta do contato, da equipe de lá conhecer o lugar, a região, mas algumas coisas que eram muito fortes na RUE, como a regulação de leitos, não se efetivou. O CROSS não regula leitos, ele regula porta, e a gente não teve força aqui para bancar essa discussão"</i> (GEC3)</p> <p><i>"A emergência depende muito da regulação. Começou uma discussão de sair da CROSS e criar de novo regulação nas regiões, voltar algumas coisas para a região"</i> (GEC1)</p> <p><i>"A gente criou recentemente com os hospitais, uma possibilidade com o teleagendamento (...) a pessoa era triada lá, classificado o risco já sai com o agendamento da sua consulta na sua unidade mais próxima"</i> (GMP2)</p> <p><i>"Nós ampliarmos o atendimento na rede básica para demanda espontânea, tentar reduzir ao máximo os agendamentos para deixar para aquelas situações que efetivamente se pode agendar, e aí poder atender a demanda espontânea e isso facilitando o acesso das pessoas porque a gente sabe que tem muita condição sensível à atenção primária que acaba chegando nos hospitais"</i> (GMP3)</p> <p><i>"Normalmente quem carrega o paciente é o bombeiro, não é a SAMU. Qual a dificuldade que a gente tem, a regulação (...) é muito demorado. As vezes a gente fala com três, quatro atendentes antes de chegar no médico que vai definir"</i> (GMP5)</p> <p><i>"A regulação do SAMU acaba viabilizando esse tipo de coisa: vai ter vaga zero e o hospital vai aceitar"</i> (GH3)</p> <p><i>"Eu acho que uma grande conquista foi a utilização dos protocolos de classificação de risco pelas portas de urgência. Com a ampliação das UPAs, essa cultura da classificação foi entrando para dentro dos municípios e dos serviços. Agora, regulação de leitos, NIRs, protocolos de cuidados não aconteceram"</i> (GEC3)</p> <p><i>"Você imagina você ter um hospital onde você teria o núcleo interno de regulação, do Município, que estaria controlando o acesso a esses leitos? Fazendo toda a gestão desses leitos? O hospital quer morrer!"</i> (GE3)</p>	<p>A gestão do acesso é efetuada pelos próprios hospitais, em função da centralização e fragilidade (Região Metropolitana de Campinas) ou ausência (Região Planalto) das Centrais de Regulação.</p> <p>A existência de uma central de regulação centralizada e impermeável às necessidades dos gestores municipais (Região Metropolitana Campinas) ou inexistente (Região Planalto) limita a regulação do acesso e de leitos hospitalares. UBS, UPA e SAMU acabam cumprindo de forma relativa seu papel na RUE e se apresentam fundamentalmente como agenciadores da demanda para os serviços hospitalares.</p> <p>O atendimento à demanda espontânea nas UBS, embora enunciado, não reduz o atendimento nas portas de urgência e emergência. A população é 'responsabilizada' pela busca de atendimento em UPAs e hospitais, mesmo que para questões simples, devido a questões culturais atribuídas.</p> <p>Na Região Planalto, a centralização da Regulação do SAMU na capital do estado e o protocolo de avaliação, aumentam o tempo-resposta induzindo a população à busca preferencial pelo atendimento "mais ágil" dos bombeiros.</p> <p>O sistema de classificação de risco nas portas de urgência e emergência emerge como legado da política, com potencial transformador do acesso, qualificando-o e promovendo a humanização do cuidado em saúde.</p> <p>A implantação de um NIR em cada prestador é apontada como solução e parece ser o único arranjo induzido pela política que foi efetivamente incorporado em uma das regiões (Região Planalto). Emerge como dispositivo "central" de regulação nas mãos dos gerentes dos serviços hospitalares. Apesar das resistências ao possível controle externo público do acesso e de leitos, ao ser operado à parte da regulação governamental, torna-se um sistema de autoproteção do próprio hospital e não um arranjo para garantia do acesso.</p> <p>Em uma das regiões, a regulação oficial burocrática obstrui o acesso dos usuários ao cuidado, tornando-se um mecanismo gerador de filas. Acaba colaborando para a organização de um sistema que induz o acesso aos serviços privados.</p> <p>A imposição de condicionantes para o acesso do usuário ou de critérios regulatórios próprios viabiliza o oferecimento de "parcerias econômicas".</p> <p>Arranjos da regulação governamental de acesso embora tenham potencial para a produção de cuidado em rede, podem ser capturados pelo regime de regulação mercantil.</p>

NIR: Núcleo Interno de Regulação; RUE: Rede de Atenção às Urgências e Emergências; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; SUS: Sistema Único de Saúde; UBS: unidade básica de saúde; UPA: unidade de pronto atendimento.

Fonte: elaboração própria.

Quadro 4

Regimes de regulação a partir do relato dos entrevistados: síntese dos achados.

REGIME DE REGULAÇÃO	RELATO DOS ENTREVISTADOS	ANÁLISE SÍNTESE DOS RESULTADOS
Profissional	<p><i>"A gente tem um grupo de WhatsApp, só dos médicos nossos e dos médicos da emergência. É informal, não é oficial. Então, o caso já é mais ou menos discutido antes de enviar, eles já fazem essa troca de informações" (GMP7)</i></p> <p><i>"Tem uma enfermeira que aceita paciente paliativo, que se aproximou, entendeu? Está personalizado nesse sentido. É heterogêneo porque em outras UPAs que você manda, pede apoio pra paciente paliativo e dizem: 'não, não tem o que fazer com o paliativo aqui'" (G7C)</i></p> <p><i>"Os filhos da casa, quando saem formados daqui, eles já sabem como funciona, ele sabe os caminhos, ele sabe onde que ele vai insistir. Aí, o ex-aluno faz o que? 'Professora, me ajuda!'" (G1E)</i></p> <p><i>"Tem alguns funcionários que trabalham aqui e trabalham na UBS também. Então, tem um contato pessoal maior e avisa: 'olha, estou com um paciente assim e estou mandando pra vocês'" (G4C)</i></p> <p><i>"Não posso deixar essa pessoa com um derrame passar na fisioterapia só daqui um mês. 'Ah, tem que entrar na fila'. Não tem que entrar na fila coisa nenhuma, ele vai passar na frente. Até hoje a gente consegue ter alguns frutos ainda dessa insistência e justificativa de que precisa passar antes, que não dá para esperar" (G1E)</i></p> <p><i>"Daí eles até fazem esse primeiro atendimento. A gente fala: 'tu quer um desconto pela prefeitura? Vai pro SISREG [Sistema de Regulação] e aí vai demorar' (...) Eu tenho aqui no posto uma autorização que é um valor diferenciado pela prefeitura. Hoje, uma consulta gira em torno de R\$ 150,00 com esse encaminhamento" (G2M)</i></p> <p><i>"Às vezes a gente liga. Agora, implementaram o NIR nos hospitais, Núcleo Interno de Regulação. Deu uma melhorada, mas a gente ligava e falavam que traumatizado ficava numa fila, número X da fila. No outro dia, tu ligava, não sei como, tu não era mais aquele número na fila, teu número tinha ido pra trás" (G1D)</i></p>	<p>A ação autônoma dos trabalhadores da saúde, principalmente dos médicos, cria fluxos e regras informais, mais ágeis e resolutivas.</p> <p>A implantação dos NIR tornou a ação regulatória ainda mais complexa, mudando a lógica vigente que era centrada fundamentalmente na regulação profissional.</p> <p>Exercida por profissionais que se movimentam como híbridos, estabelece um regime de regulação intermediário entre profissional e governamental, em que os usuários encaminhados passam a ser regulados pelo NIR, cujo controle é do hospital e em função dos seus interesses.</p> <p>A utilização de aplicativos de telemensagem em movimentos de regulação profissional é crescente e produz mudanças na dinâmica e nos tempos do processo regulatório. O WhatsApp se apresenta enquanto ferramenta estratégica na gestão dos serviços de saúde pelo compartilhamento e integração de informações em tempo real.</p> <p>Há indicativos de que arranjos operados a partir do regime profissional podem criar fluxos de circulação mais ágeis e resolutivos, possibilitando o cuidado ao conectar as equipes dos vários pontos da RUE e a produção de redes vivas de cuidados a partir das necessidades em saúde ("regulação a quente"). Porém, a regulação profissional também pode ser capturada por interesses privados e produzir relações mercantis de assistência à saúde.</p>
Clientelista	<p><i>"O cara liga e não é demanda de urgência para o SAMU. Daí eu falo: 'aqui não é 'Samuber'. Daí chama vereador, prefeito...'" (G3H)</i></p> <p><i>"São cargos políticos que às vezes a pessoa que assume a gestão até ela ter um pouquinho de conhecimento (...) se ela estudar ela vai ter conhecimento, se ela não estudar... ela vai achar que tá tudo bem e vai ficar lá né, recebendo salário e fazendo o mínimo ou fazendo aquela política mais paternalista, né, e não pensando em implementar outras ações" (GEP2)</i></p>	<p>A operação precarizada ou a inexistência da regulação governamental, em contexto de necessidades marcadas pela percepção dos usuários e de seus familiares de urgência na resolução de problemas, abre espaços substantivos para a produção de "atalhos" aos fluxos formais, que podem resultar na interposição de interesses particulares e na produção de iniquidades ou favorecimentos para determinados grupos de usuários, a partir de intervenções de agentes políticos.</p>

(continua)

Quadro 4 (continuação)

REGIME DE REGULAÇÃO	RELATO DOS ENTREVISTADOS	ANÁLISE SÍNTESE DOS RESULTADOS
Leiga	<p><i>"Mas é tanto tempo que a gente tem isso, que tu já sabe quando tá com a diabetes alta, sabe quando tá com a pressão alta (...) a gente vai pegando experiência da coisa" (UP2)</i></p> <p><i>"Não estava tomando o remédio para pressão. A médica tinha receitado. Depois que deu o AVC nela, daí, agora ela está tomando direito. Porque, assim, ela nunca quis ir no médico, tem medo" (U21)</i></p> <p><i>"Ele começou fazer fisioterapia numa clínica do SUS em outra cidade. Mas tudo o que ele fazia lá, nós fazemos aqui em casa. Não foi mais. Ele já está andando" (U11)</i></p> <p><i>"Me recomendaram que eu não afirmasse o pé. E eu andava 'puc puc' por aí. Não pode erguer peso, não pode isso, não pode aquilo (...) eu cheguei aqui fui cuidar do meu filho, fazer minhas coisas e nunca senti nada" (UP2)</i></p> <p><i>"O médico dizia: 'a gente pode operar, ela pode ir e não voltar mais'. Então, eu falei pro doutor: 'faz assim, eu trago ela de volta pra casa, vou cuidando até a hora que Deus quiser levar ela, mas eu vou levar ela embora'" (U21)</i></p> <p><i>"Eu não posso me queixar: já vou com aquele meu jeitinho assim, o médico já me atende e eu tenho amizade com as enfermeiras, sempre tive" (UP2)</i></p> <p><i>"A gente sabe o SAMU demora, né, que a hora que liga daí tem que falar um monte de coisa (...) sempre demora mais. Na hora da pressão, do medo, do susto (...) e aqui nós temos o corpo de bombeiros. A primeira coisa que quer, é chegar rápido" (UD1)</i></p> <p><i>"A partir do momento que abriu essa porta, da rede de urgência e emergência, muitos que tem plano de saúde acessam via emergência e não utilizam o seu plano" (GMP7)</i></p> <p><i>"Para fazer a tomografia tem que pagar uma diferença, o SUS não cobre. Aí eu paguei a diferença. No que fez a tomo, já foi chamado o traumatologista. E aí tu paga uma nova diferença pro traumatologista vir atender o paciente, porque também não tem pelo SUS total. Como sou é pintor e fiz alguns serviços no hospital e na casa desse médico, aí consegui não pagar nada da cirurgia. Aí operou" (UM3)</i></p>	<p>O agir dos usuários permite a construção de seus próprios mapas de cuidados, inclusive pelo uso combinado de serviços públicos e privados.</p> <p>Usuários e seus familiares utilizam saberes acumulados e produzem seus próprios caminhos em atendimento às suas necessidades de saúde, compondo novos arranjos, geralmente agenciados por concepções de saúde provenientes do modelo biomédico hegemônico e por interesses econômicos.</p> <p>Movimentos autônomos dos usuários incluem: decisões sobre adesão ou não a tratamentos prescritos e recomendações profissionais, escolhas sobre as portas de acesso e produção de diferentes caminhos para o cuidado, inclusive mediante pagamento direto.</p>

AVC: acidente vascular cerebral; NIR: Núcleo Interno de Regulação; RUE: Rede de Atenção às Urgências e Emergências; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; SUS: Sistema Único de Saúde; UBS: unidade básica de saúde; UPA: unidade de pronto atendimento.

Fonte: elaboração própria.

Merece destaque a regulação profissional na qual a autonomia e os poderes acumulados, principalmente dos médicos, criam fluxos e regras informais utilizando-se do “poder do carimbo” e de contatos pessoais que podem promover: a interposição de interesses particulares; a criação de fluxos mais ágeis e resolutivos; a produção de iniquidades ou favorecimentos para determinados grupos de usuários⁶. Além da regulação profissional, o agir leigo está presente e é facilmente identificável na ação de usuários que escolhem suas portas de acesso à RUE ou na ação das famílias que complementam necessidades de exames, comprando-os em serviços privados. Esses usuários usam seus saberes acumulados e produzem seus próprios caminhos em atendimento às suas necessidades de saúde⁶, compondo novos arranjos, geralmente agenciados por concepções de saúde provenientes do modelo biomédico hegemônico e por interesses econômicos²².

Os movimentos dos atores sociais são a produção do sistema⁷. Os resultados corroboram a ação de diferentes atores nos distintos regimes e dimensões da regulação em saúde. Também evidenciam, nas duas regiões estudadas, limites da regulação estatal e diferentes produções e arranjos regulatórios em saúde pelas disputas estabelecidas a partir dos múltiplos interesses dos atores sociais em ação na RUE. No plano dos fluxos de produção social da regulação em saúde, serão analisados quatro movimentos evidenciados neste estudo: os arranjos da regulação governamental de acesso na RUE, o Núcleo Interno de Regulação (NIR), o uso do aplicativo WhatsApp e o regime de regulação mercantil.

A regulação governamental do acesso na RUE: arranjos e limites

A política de atenção hospitalar prevê a submissão das portas de entrada dos hospitais às centrais de regulação, às quais cabe coordenar fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência²³. A regulação do acesso na RUE é prevista principalmente pela ação regulatória médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar⁸. Essa diretriz clara de regulação governamental é identificada como insuficiente e limitada nesta pesquisa.

As duas regiões estudadas têm arranjos diferentes em relação aos dois principais componentes regulatórios da RUE: as centrais de regulação hospitalar e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Essas singularidades são produtos das disputas, principalmente, de atores governamentais entre si (estaduais e municipais) e entre esses e os prestadores de serviços.

O SAMU tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde e garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS⁸. Sua atuação apresenta limitações nas duas regiões: em uma, sua cobertura é parcial pois está implantado em apenas três dos vinte municípios; na outra, a centralização da regulação estadual na capital e o regime permanente de “competição” com os bombeiros caracterizam descrédito e baixa utilização.

Na Região Metropolitana de Campinas, a percepção de que o SAMU faz a diferença é consensual. Ainda mais evidente é o consenso entre os entrevistados de que sua incompletude se deve à recusa do ente estadual em participar do cofinanciamento do seu custeio. Um estudo de abrangência nacional evidenciou uma implantação desigual do SAMU entre estados e regiões, definida pela capacidade dos estados de expandir a cobertura populacional e de regionalizar²⁴. O elevado custo para os municípios impede a expansão do SAMU na região e leva à constituição de uma rede de “serviços genéricos”, com baixa qualidade técnica e que operam sem regulação médica, produzindo também maiores dificuldades de acesso e iniquidade entre os municípios da região.

Nessa região, a força do SAMU para abrir as portas indica sua potência como articulador e produtor de acesso e, em grande parte, o desinvestimento do Governo Estadual em sua implementação em todo o estado: sua ação regulatória teria potencial para desorganizar a lógica existente no território, muitas vezes subordinada à pressão dos interesses dos prestadores hospitalares em produzir seleção de demanda e controle de custos. O mecanismo da “vaga zero”²⁵, que confere ao médico regulador autoridade sanitária para requisitar os recursos disponíveis e determinar o acesso hospitalar, mesmo nas situações em que não há leitos vagos, torna-se uma ameaça a tais interesses. Nos municípios onde está implantado, o SAMU cumpre papel destacado na regulação do acesso e como articulador da RUE. Sua implantação pode: (re)definir o perfil das unidades de pronto atendimento (UPA), dar apoio às UBS para acolher casos de urgência, além de dar suporte para as situações de agravamento de pacientes em cuidado domiciliar. Ao fazer a regulação entre UPA e referência hospitalar, o SAMU

interfere na participação da regulação estadual, apontada como dificultadora do acesso. A percepção é que consegue estabelecer uma regulação profissional mais efetiva, particularmente quando se estabelece uma relação conversacional entre a coordenação do SAMU e os gerentes dos demais serviços, compondo redes vivas de cuidado.

Na Região Planalto, o SAMU é pouco utilizado porque é frágil para responder à questão de tempo resposta. A maior eficiência dos bombeiros é consenso entre usuários, trabalhadores e gestores. Seu uso preferencial se deve, a princípio, à praticidade e à velocidade de resposta. Sua função é o resgate, embarcando o paciente na ambulância para deslocá-lo o mais rápido possível para o serviço de emergência do hospital mais próximo. A preferência pelos bombeiros na região é resultado de três fatores: a centralidade do modelo assistencial hospitalar, as dificuldades encontradas pelos usuários com o complexo sistema de avaliação dos casos pelo SAMU e o desejo do usuário de ser removido de forma rápida quando em situação de urgência. Estudos evidenciam a relação conflituosa entre os profissionais reguladores do SAMU e usuários^{26,27} em relação à compreensão sobre a urgência e pertinência da demanda. Dessa forma, fica evidenciado o agir leigo dos usuários ao acionarem o resgate dos bombeiros preferencialmente ao SAMU.

A Central de Regulação do SAMU, operada centralmente na capital do estado, no momento deste estudo, não se articula com as estruturas administrativas regionais e nem com as gestões municipais na Região Planalto, de tal forma que a regulação do acesso de urgência é feita em movimento paralelo ao de controle da oferta regional efetuada pelos próprios prestadores ao SUS. Esse cenário parece adquirir consistência num contexto em que a regulação governamental é frágil. A regulação pelo SAMU ameaça o *status quo*, pois tem potencial para desorganizar os mecanismos informais instituídos no cenário estudado. Ao forçar o acesso, pode colocar em suspensão os acordos e as parcerias econômicas existentes no território, representando um risco à manutenção do modelo vigente, que privilegia os interesses dos prestadores privados na regulação do acesso ao sistema de saúde locorregional.

A inexistência de um sistema de regulação governamental integrado e robusto no Estado, que permita tomar decisões quanto acessar, monitorar e avaliar os serviços contratados pelo SUS, é um fator crítico de grande relevância para entender a atual conformação do sistema de saúde na região. A comunicação entre os diferentes pontos de atenção existentes no território é precária e burocrática. A rede se organiza por uma dinâmica de acesso espontânea que privilegia o hospital.

Já na Região Metropolitana de Campinas, expressam-se dificuldades com a regulação hospitalar estadual, centralizada na Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS). Há ainda manifestações de um jogo de pressões e fragilidades dos gestores no processo, que muitas vezes ficam subsumidos aos interesses dos serviços²¹. A regulação governamental do acesso hospitalar é considerada ponto nevrálgico, sendo um processo marcado por uma tensão constitutiva, que aparece para os gestores dos diferentes serviços que compõem a RUE como um dificultador para a integração e a resolução da demanda. Alega-se que a CROSS, regulando centralmente a partir da capital, desconhece e desconsidera a realidade regional. Além disso, dificuldades de regular os prestadores de serviços hospitalares da região, principalmente aqueles sob gestão estadual, são relatadas em consonância com resultados de outros estudos que evidenciam limitações para a regulação do acesso e de leitos hospitalares, sobretudo nos hospitais de ensino^{28,29}, onde mecanismos internos, como manutenção de cotas para ensino e pesquisa, indicam que o acesso ainda é definido e mediado pelos interesses da corporação médica e de docentes.

A despeito desses problemas, há nessa região um claro esboço de composição de uma rede regulada, com uma importância relevante da CROSS e do SAMU em sua conformação, ao menos nos municípios onde atuam. Há uma percepção generalizada da necessidade de promover a descentralização da regulação da CROSS para a região, um movimento que teria, seguramente, um papel fundamental no enfrentamento dos desafios aqui apresentados.

O NIR: garantia de acesso ou autoproteção?

Emerge neste estudo o papel desempenhado pelo NIR dos hospitais, destacado em particular pelos gerentes dos próprios hospitais e gestores municipais, que o percebem como uma “minicentral” de regulação nas mãos dos gerentes dos serviços hospitalares.

A Política Nacional de Atenção Hospitalar recomenda a criação do NIR nos hospitais, que deve realizar a interface com as Centrais de Regulação e promover a regulação do acesso a serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, consultas e leitos de internação²³. Estudos demonstraram que indicadores de desempenho hospitalar apresentaram melhorias após a implantação do NIR³⁰, além do uso eficiente de leitos³¹. Além disso, o NIR pode atuar em tempo oportuno, em processos de “regulação a quente”: movimentos menos burocráticos, vinculados à gestão do cuidado e às necessidades de saúde dos usuários, permitindo singularizações na produção do acesso, transição e continuidade do cuidado³².

Na Região Metropolitana de Campinas, o NIR não é destacado pela maioria dos entrevistados, apenas pelos gestores hospitalares. Trata-se de uma modalidade regulatória que se fundamenta na perspectiva de produzir a gestão interna de leitos e de enfrentar problemas como a superlotação. A regulação produzida pelo NIR constitui-se por meio da combinação de elementos de regulação profissional e também voltada à perspectiva do estabelecimento hospitalar. É exercida por profissionais que se movimentam como híbridos, por serem reconhecidos ao mesmo tempo como gestores hospitalares e como profissionais que atuam e pertencem às suas equipes³³. Por meio do NIR, movimentos e tempos são produzidos, favorecendo o acesso dos usuários, acelerando altas para abrir espaço para acolher demandas, classificando e definindo prioridades, em uma dinâmica que a regulação governamental não comporta e sem que a decisão fique circunscrita à autonomia do médico. Tanto a regulação profissional como a efetuada pelo NIR produzem um diálogo que se estabelece entre pares, que decidem e priorizam o que deve ou não ser encaminhado ou aceito, fazendo regulação “em ato”. Trata-se de um regime produzido por profissionais, uma forma de regulação com potência para produzir redes vivas.

Na Região Planalto estabelecem-se, a partir dos hospitais, ofertas de “parcerias econômicas” para os municípios, que, aproveitando-se da fragilidade da regulação pública governamental e desconsiderando o comando único, passam a garantir acesso diferenciado para procedimentos, exames, cirurgias e internações, tanto de urgência como eletivas que são “urgenciadas” nas portas hospitalares. Nessa lógica, operam na micropolítica do cuidado mecanismos de seleção da demanda, mediante imposição de condicionantes para o acesso do usuário ou de critérios regulatórios próprios, obstruindo ou dificultando a ação da regulação estadual.

A ausência de uma Central de Regulação é indicativa da inexistência de regulação governamental e abre caminho para que a gestão do acesso seja efetuada pelos próprios hospitais, ou seja, para que a regulação fique sob controle de cada prestador. Estes conhecem a regra do jogo, mas o jogam a seu modo, inclusive alegando que reconhecem que os hospitais precisariam ser regulados e fiscalizados pelo poder público. A implantação recente dos NIR tornou a ação regulatória ainda mais complexa, mudando a lógica vigente centrada fundamentalmente na regulação profissional. É estabelecido um regime de regulação intermediário entre o profissional e o governamental, em que os usuários encaminhados passam a ser regulados pelo NIR, cujo controle é do hospital e atua em função dos seus interesses. O NIR introduz a figura do híbrido: o médico com conhecimento/domínio dos “segredos da porta” e, ao mesmo tempo, como gestor dos interesses do hospital³³. Assim, a implantação de um NIR em cada prestador aparece indicada na região como solução, talvez o único arranjo induzido pela política que foi efetivamente incorporado na Região Planalto, instituído para responder mais aos interesses dos prestadores de serviços que à ampliação do acesso e à integralidade do cuidado. A questão que se coloca é se o NIR, operado pelos profissionais de saúde e prestadores de serviços, desvinculado de um sistema robusto de regulação governamental, não acaba se tornando um sistema de autoproteção do próprio hospital, e não um arranjo para garantia do acesso.

O uso do aplicativo WhatsApp nos fluxos de regulação

Uma produção identificada nesta pesquisa foi a utilização de aplicativos de telemensagem em movimentos de regulação governamental e profissional. Variando enquanto arranjos “oficiosos” ou mesmo informais, gestores e profissionais de saúde relatam sua utilização enquanto dispositivo de comunicação em rede e regulação de casos.

A produção sobre o tema ainda é incipiente, porém, há estudos que descrevem que gestores de serviços de saúde utilizam o WhatsApp enquanto ferramenta estratégica na gestão dos serviços de saúde pelo compartilhamento e integração de informações em tempo real ³⁴, demonstrando que seu uso favorece a comunicação existente entre os profissionais em serviços de saúde ³⁵.

A regulação de acesso, principalmente entre diferentes pontos de atenção, incorporou a estratégia de grupos e mensagens em aplicativos para além do tradicional uso de softwares e de ligações telefônicas. Se esses recursos tecnológicos podem, de um lado, ser considerados sofisticações que produzem mudanças na dinâmica e nos tempos do processo regulatório, agilizando-o, há também riscos do predomínio da ação profissional gerar interposição de interesses particulares e favorecimentos, além de produzir de iniquidades ⁶.

Não se trata, todavia, de deslegitimar a importância e o papel da regulação profissional. Há indicadores substantivos que a validam enquanto arranjo tecnológico de cuidado, legítimo e necessário para criação de fluxos de circulação mais ágeis e resolutivos ⁶. Trata-se de uma produção do cuidado em rede que toma a vida dos usuários como referência, de modo que as equipes dos vários pontos da RUE se conectam ³² e redes vivas de cuidados são produzidas a partir das necessidades em saúde ²¹. Assim, o uso do WhatsApp poderia promover uma “regulação a quente” ³², em que o principal interesse seria a produção de vida e saúde.

A regulação mercantil: um outro regime?

Em uma das regiões estudadas, foi identificado um arranjo singular de parceria público-privada. A regulação governamental insuficiente, da forma como está organizada, opera de modo a obstruir o acesso dos usuários ao cuidado. Ao ser percebida como um problema, um mecanismo gerador de filas e, portanto, fracassado e pouco eficiente, acaba colaborando com uma organização do sistema de saúde em que o acesso apenas pode ser garantido nos serviços privados.

A “parceria econômica” para a regulação do acesso caracteriza-se como um importante gradiente para a tomada de decisão clínica dos hospitais ao priorizar e garantir – ou não – o acesso aos serviços. Tal parceria resulta na produção de privilégios para atendimento das demandas oriundas dos municípios parceiros e da consequente hierarquização quanto ao grau de parceria estabelecido, a partir de uma relação de compra e venda de serviços oferecidos pelos hospitais aos municípios. Um mesmo serviço ofertado pelo hospital privado, contratualizado com o SUS mediante gestão estadual, é negociado com diferentes prefeituras, evidenciando uma estratégia de gestão que consiste em aglutinar diferentes fontes de financiamento. Tal prática, de negociar e contratar mais de uma vez o mesmo serviço por diferentes atores, produz uma espécie de *overbooking*. A composição de uma multiplicidade de desenhos de redes e de referências de acesso, cada qual construído e negociado tendo como ponto de partida interesses privados, privativos de cada gestor e de cada prestador hospitalar, assume contornos para além dos limites da legalidade. Em um dos municípios estudados, há distribuição na rede municipal de *vouchers* para acesso a custo reduzido aos serviços especializados em estabelecimentos privados, mediante desembolso financeiro direto dos usuários. Observa-se uma naturalização da “política de descontos e parcerias”, indicando que a oferta privilegiada de serviços privados é percebida como solução pelos atores envolvidos. O prestador hospitalar captura a demanda e compõe um subsistema a partir da seleção imposta na porta de entrada de urgência, mesmo quando essa é pública.

Aqui, não se trata apenas do agir leigo, da ação do usuário em busca da assistência às suas necessidades compondo um *mix* público-privado ⁶. Vai além do protagonismo dos usuários na construção de seus “mapas do cuidado” mediante a utilização de recursos públicos e privados, contornando ou se mesclando com a regulação governamental ³⁶. Trata-se de uma captura da demanda pública pela iniciativa privada por meio de mecanismos “oficiosos”. O sistema de parcerias e descontos se estabelece como um atalho, como um jogo de acessibilidade diferenciada, no qual as secretarias municipais de saúde operam como agenciadoras para o privado, em um modelo naturalizado, inclusive da prática de “cobrança por fora”, subsidiada ou não pelo acordo entre prestador e gestor municipal.

Para Matus ⁷, a genoestrutura econômica das políticas pode concentrar o capital de tal forma que condicione fortemente as relações de forças possíveis e, por essa via, condicionar as regras para consolidar a concentração do poder. Ainda, além da estrutura econômica, trazem mais complexidade a esse cenário as questões de natureza ideológica e política, como as disputas pela perpetuação do

modelo médico hegemônico ²² e a centralidade dos hospitais na RUE ²¹. O que se coloca em relevo nesse desenho é a força de atores que representam o interesse privado, principalmente médicos e administradores hospitalares. Esses representantes das organizações que proveem os serviços de saúde constituem-se como atores sociais envolvidos na ação regulatória ³⁷ capturados pelos interesses econômicos, inclusive alterando e criando novas regras no jogo.

Identificamos aqui um regime de regulação que transcende àqueles descritos por Cecilio et al. ⁶, o qual denominamos de Regime de Regulação Mercantil, cujas características estão descritas no Quadro 5. Trata-se de um regime complexo, operado pela interação de múltiplos atores, por sua vez mediada pelo interesse econômico do prestador privado, podendo envolver também os interesses econômicos daqueles com quem se relaciona. É o resultado das disputas entre os interesses público e privado na saúde, em que há frágil regulação governamental, manifestada por meio de um fluxo de produção em claro confronto com os princípios e diretrizes do SUS.

As parcerias público-privadas “oficiosas”, que não respeitam o direito constitucional à saúde e o princípio da gratuidade do SUS ²⁰, mediadas pelo regime de regulação mercantil, demonstram que uma política de saúde com potencial de possibilitar transformações para a construção de um sistema mais inclusivo, se capturada por outros interesses, pode fortalecer poderes e instituições que não contribuem para o interesse comum ²¹.

Considerações finais

A regulação em saúde na RUE é constituída por processos sociais complexos, contraditórios e conflitantes, sendo produzida por atores governamentais, profissionais, usuários e prestadores de serviços, em diferentes regimes que operam concomitantemente. As disputas entre o interesse público e o privado impactam o acesso e a integralidade do cuidado em saúde a depender dos gradientes resultantes das ações e forças acumuladas pelos diferentes atores sociais.

Quadro 5

Características do regime de regulação mercantil.

Atores	Principais: representantes dos prestadores de serviços privados. Coadjuvantes: gestores municipais que realizam parcerias público-privadas oficiais ou “oficiosas”; profissionais de saúde agenciados pelos interesses privados; usuários, seus amigos e familiares que complementam pagamentos em atendimentos no SUS.
Controle de recursos	A estrutura hospitalar e ambulatorial dos serviços privados. O acesso hospitalar através dos NIR. O poder real e simbólico dos profissionais de saúde, em especial médicos, perante os usuários e a opinião pública.
Modos de operação	Parcerias com múltiplos gestores (<i>overbooking</i>). Seleção de demanda de acordo com interesses financeiros. Assédio aos usuários para pagamento ou complementação para <i>bypass</i> .
Produtos	Múltiplos contratos e parcerias público-privadas. Política de <i>vouchers</i> e descontos.
Resultados	Acesso seletivo de usuários do SUS a serviços de saúde mediante critérios mercantis. Iniquidade em saúde.

NIR: Núcleo Interno de Regulação; SUS: Sistema Único de Saúde.

Fonte: elaboração própria.

Foram aqui visibilizados fluxos da regulação produzidos no limite entre o interesse público e o privado, mediante forte ação de atores que representam os prestadores de serviços hospitalares, sobretudo privados. Além disso, arranjos da regulação governamental de acesso, o NIR e o uso do aplicativo WhatsApp por profissionais e gestores, embora tenham potencial para a produção de redes vivas, podem ser capturados pelo regime de regulação mercantil. Assim, os limites da regulação governamental não se reduzem a falhas de operacionalização ou de gestão, que em uma concepção sistêmica seriam consideradas disfunções passíveis de correção, mas aos resultados de um jogo social no qual diferentes atores disputam recursos, poderes e valores. Mais do que correções de rumo, para uma regulação em saúde produtora de vida e cuidado é necessário o empoderamento de atores sociais comprometidos com o interesse público e a defesa da saúde enquanto direito universal.

Colaboradores

L. F. N. Tofani contribuiu com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados e redação e aprovou a versão final a ser publicada, sendo responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. A. Rebequi contribuiu com a análise e interpretação dos dados e revisão do artigo e aprovou a versão final a ser publicada, sendo responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. C. F. Guimarães contribuiu com a análise e interpretação dos dados e revisão do artigo e aprovou a versão final a ser publicada, sendo responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. L. A. C. Furtado contribuiu com a análise e interpretação dos dados e revisão do artigo e aprovou a versão final a ser publicada, sendo responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. R. Andreazza contribuiu com a análise e interpretação dos dados e revisão do artigo e aprovou a versão final a ser publicada, sendo responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. A. Chioro contribuiu com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados e redação e aprovou a versão final a ser publicada, sendo responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Informações adicionais

ORCID: Luís Fernando Nogueira Tofani (0000-0002-1092-2450); Andressa Rebequi (0000-0002-5913-7656); Cristian Fabiano Guimarães (0000-0003-3101-634X); Lumena Almeida Castro Furtado (0000-0001-7897-9739); Rosemarie Andreazza (0000-0002-3332-2183); Arthur Chioro (0000-0001-7184-2342).

Agradecimentos

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

1. Boyer R. A teoria da regulação: uma análise crítica. São Paulo: Nobel; 1990.
2. Santos FP, Merhy EE. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface Comun, Saúde, Educ* 2006; 10:25-41.
3. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde. A política de regulação do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde; 2006.
4. Oliveira RR, Elias PEM. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2012; 46:571-6.
5. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União* 2008; 2 ago.
6. Cecilio LCO, Carapineiro G, Andrezza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:1502-14.
7. Matus C. Política, planejamento & governo. 3ª Ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1997.
8. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 29 set.
9. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 10:4769-82.
10. Jorge AO, Coutinho AAP, Cavalcanti APS, Fagundes AMS, Pequeno CC, Carmo M, et al. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. *Divulg Saúde Debate* 2014; 52:125-45.
11. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:295-304.
12. Freire MP, Louvison M, Feuerwerker LCM, Chioro A, Bertussi D. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. *Saúde Soc* 2020; 29:e190682.
13. Stake RE. Case studies. In: Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2000. p. 435-54.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação com data de 1 de janeiro de 2021. <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?t=destaques> (acessado em 11/Abr/2022).
15. Ministério da Saúde. Relatórios públicos. https://egestorab.saude.gov.br/paginas/aces_sopublico/relatorios/relatoriospublicos.xhtml (acessado em 21/Dez/2022).
16. Bertaux D. Narrativas de vida, a pesquisa e seus métodos. São Paulo: Paulus; 2010.
17. Poupart J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: Poupart J, Deslauriers J-P, Groulx L-H, Laperrière A, Mayer R, Pires AP, et al., organizadores. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes; 2016. p. 215-52.
18. Matus C. Teoria do jogo social. São Paulo: Fundação do Desenvolvimento Administrativo; 2005.
19. Giovannella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, Rosa MC, Martins GB, Santos IS, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:1763-76.
20. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
21. Tofani LFN, Furtado LAC, Andrezza R, Rebequi A, Guimarães CF, Harada J, et al. Gestão regional e a produção singular da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. *Ciênc Saúde Colet* 2022; 27:1015-25.
22. Iriart C, Merhy EE. Disputas inter-capitalistas, biomedicalização e modelo médico hegemônico. *Interface (Botucatu, Online)* 2017; 21:1005-16.
23. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). *Diário Oficial da União* 2013; 31 dez.
24. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputt LP, Macedo C, Lopes MGM. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00043716.
25. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Diário Oficial da União 2002; 6 nov.
26. Veronese AM, Oliveira DLLC, Nast K. Risco de vida e natureza do SAMU: demanda não pertinente e implicações para a enfermagem. *Rev Gaúch Enferm* 2012; 33:142-8.
27. Oliveira CCM, O'Dwyer G, Novaes HMD. Desempenho do serviço de atendimento móvel de urgência na perspectiva de gestores e profissionais: estudo de caso em região do estado de São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2022; 27:1337-46.
28. Padilha ARS, Amaral MA, Oliveira DC, Campos GWS. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. *Saúde Debate* 2018; 42:579-93.

29. Chioro A, Andreazza R, Furtado LAC, Araújo EC, Nasser MA, Cecílio LCO. A política de contratualização dos hospitais de ensino: o que mudou na prática? *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26:5691-700.
30. Rodrigues LCR, Juliani CMCM. Impact of implementing an Internal Bed Regulation Committee on administrative and care indicators at a teaching hospital. *Einstein (São Paulo)* 2015; 13:96-102.
31. Soares VS. Analysis of the Internal Bed Regulation Committees from hospitals of a Southern Brazilian city. *Einstein (São Paulo)* 2017; 15:339-43.
32. Bertussi DC, Feuerwerker LCM, Freire MP, Louvison MCP. Arranjos regulatórios como dispositivos para o cuidado compartilhado em saúde. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 354-64. (Políticas e Cuidados em Saúde, 2).
33. Cecílio LCO, Correia T, Andreazza R, Chioro A, Carapineiro G, Cruz NLM, et al. Os médicos e a gestão do cuidado em serviços hospitalares de emergência: poder profissional ameaçado? *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00242918.
34. Savio RO, Barreto MFC, Pedro DRC, Costa RG, Rossaneis MA, Silva LGC, et al. Uso do WhatsApp® por gestores de serviços de saúde. *Acta Paul Enferm* 2021; 34:eAPE001695.
35. Santos JC, Nunes LB, Reis IA, Torres HC. O uso do aplicativo móvel Whatsapp na saúde: revisão integrativa. *REME Rev Min Enferm* 2021; 25:e-1356.
36. Meneses CS, Cecílio LCO, Andreazza R, Carapineiro G, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:2013-24.
37. Barbosa DSJ, Guimarães MCL. Os atores da regulação assistencial no SUS: quem regula a rede? *Saúde Debate* 2021; 45:287-99.

Abstract

The study analyzes regulatory aspects and measures as social production in the Emergency Care Network (RUE) of two health regions. This is a multiple case study of qualitative character, performed via 61 interviews with public administrators, users, and health services managers. The analysis had as theoretical reference the Theory of Social Production. We identified professional, lay, clientelistic, and governmental regulatory measures, in the systemic aspects, of the services and of access. The main results point to regulatory flows produced by movements of various social actors, with emphasis on the action of representatives of hospital service providers, especially private ones, characterizing the proposal of another regime: market regulation. We emphasize the limits and powers of arrangements, such as hospital and the Mobile Emergency Care Service (SAMU) regulation centers, the internal hospital regulation centers, and the use of WhatsApp. Health regulation in RUE consists of complex, contradictory, and conflicting social processes, whose flows are produced at the limit between the public and private interests.

*Health Care Coordination and Monitoring;
Emergency Medical Services; Health Systems;
Health Management; Delivery of Health Care*

Resumen

Este artículo tiene como objetivo analizar las dimensiones y regímenes de regulación como producción social en la Red de Atención de Urgencias (RUE) en dos regiones de salud. Se trata de un estudio de casos múltiples, de naturaleza cualitativa, en que se realizó 61 entrevistas a gestores, usuarios y gerentes de servicios de salud. Para el análisis se utilizó la Teoría de la Producción Social. Se identificaron regímenes de regulación profesional, laica, clientelista y gubernamental en las dimensiones sistémica, de servicios y de acceso. Los principales resultados apuntan a flujos regulatorios producidos por movimientos de diversos actores sociales, con énfasis en la acción de los representantes de los prestadores de servicios hospitalarios, especialmente privados, lo que caracteriza una propuesta de otro régimen, la de regulación mercantil. Se destacan los límites y posibilidades de arreglos como clave en la regulación hospitalaria y del Servicio de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), los centros de regulación hospitalaria internos y el uso de WhatsApp. La regulación sanitaria en las RUE se compone de procesos sociales complejos, contradictorios y conflictivos, cuyos flujos se producen en la frontera entre el interés público y el privado.

Regulación y Fiscalización en Salud; Servicios Médicos de Urgencia; Sistemas de Salud; Gestión en Salud; Atención a la Salud

Recebido em 28/Ago/2022

Versão final reapresentada em 23/Dez/2022

Aprovado em 05/Jan/2023