

O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores *

Janise Braga Barros Ferreira¹
Silvana Martins Mishima²
José Sebastião dos Santos³
Aldaísa Cassanho Forster⁴
Clarice Aparecida Ferraz⁵

FERREIRA, J.B.B. et al. The regulatory complex for healthcare from the perspective of its operational players. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.33, p.345-58, abr./jun. 2010.

This investigation aimed to evaluate aspects of the outcome from implementing the Regulatory Complex (RC) for public healthcare system organization in Ribeirão Preto, Brazil. The functional domain of the RC formed the scenario. Interviews were conducted with workers in different categories, within the administrative and operational levels of the RC. The material was analyzed using thematic analysis. The findings showed that the RC caused changes to the organizational accessibility and equity of the healthcare network, for both outpatient and hospital care. The need to create a resolute and humanized network was highlighted. The RC was shown to be a useful evaluation and management tool. Its implementation changed the subjects' work processes and had little recognition among SUS users (Brazilian Unified Health System). The evaluation showed that, despite the short time since implementation, the RC strategy has the strength to collaborate towards SUS sustainability, although investment, dissemination and improvement are needed.

Keywords: Healthcare regulation and supervision. Health equity. Healthcare service accessibility. Comprehensive healthcare. Health assessment.

Trata-se de pesquisa avaliativa objetivando avaliar aspectos do resultado da implantação do Complexo Regulador (CR) na organização do sistema público de saúde de Ribeirão Preto-SP. O cenário foi o espaço funcional do CR. Foram entrevistados trabalhadores de diferentes categorias que atuavam na gestão e no nível operacional do CR e o material analisado segundo análise temática. Os achados mostram que o CR provocou alterações na acessibilidade organizacional e equidade da rede de saúde, tanto na atenção ambulatorial quanto hospitalar; destacou a necessidade de constituição de rede resolutiva e humanizada e mostrou ser ferramenta profícua de avaliação e gestão. A implantação alterou o processo de trabalho dos sujeitos e teve pouco reconhecimento junto aos usuários do SUS. A avaliação apontou que, apesar do pouco tempo de implantação, a estratégia do CR tem potência para colaborar na sustentabilidade do SUS, mas se fazem necessários: investimento, divulgação e aperfeiçoamento.

Palavras-chave: Regulação e fiscalização em saúde. Equidade em saúde. Acesso aos serviços de saúde. Assistência integral à saúde. Avaliação em Saúde.

* Estudo inédito, elaborado com base em Ferreira (2007); pesquisa com financiamento do CNPQ (processo 351742/1998-0) e da Fundação Waldemar B. Pessoa, aprovado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (protocolo EERP/USP 0700/2006).

¹ Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Rua Cerqueira César, 845, apto. 101. Centro, Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14.010-130. janise@fmrp.usp.br

² Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), USP.

³ Departamento de Cirurgia, FMRP-USP.

⁴ Departamento de Medicina Social, FMRP-USP.

⁵ Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, EERP-USP.

Introdução

A contínua regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe o Pacto pela Saúde 2006 destacando, no Pacto de Gestão, a regulação da atenção à saúde como ferramenta promotora de equidade, acessibilidade e de integralidade da atenção (Brasil, 2006a).

A política nacional de regulação, por sua vez, prevê a operacionalização da regulação do acesso definida como uma dimensão do processo regulatório em saúde que, por meio de Complexos Reguladores, visa conformar uma rede de cuidados integrais e equitativos (Brasil, 2008).

Nesta ótica, o Complexo Regulador (CR) foi concebido para conferir, ao sistema, uma capacidade sistemática de responder às demandas e às necessidades de saúde de seus usuários nas diversas etapas do processo assistencial. Trata-se de um “instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção”, cuja atuação deve dar-se de “forma rápida, qualificada e integrada, com base no interesse social e coletivo” (Brasil, 2000).

Existe a expectativa de que o CR possa tornar-se uma unidade de trabalho cooperativa aprimorando o acesso ao sistema de saúde, com o fortalecimento e qualificação da rede assistencial.

No contexto de saúde local, em Ribeirão Preto-SP, o CR foi implantado na Secretaria Municipal da Saúde (SMS), em 2005, com base nas políticas públicas vigentes, comportando Centrais de Regulação para ações eletivas e de urgência/emergência, interligadas física e conceitualmente. Esta iniciativa objetivou ordenar o fluxo de problemas e de respostas na rede SUS local e possibilitar o relacionamento mais efetivo e eficaz entre os atores desta realidade, valendo-se da experiência exitosa adquirida com a regulação da urgência/emergência do município, em atividade desde 2000 (Lopes et al., 2007; Santos et al., 2003).

Deste modo, analisar o CR, no espaço concreto deste município, remete-nos à importância de discutir a implicação dos gestores, trabalhadores de saúde de diferentes pontos da rede e dos usuários na sua implantação. Esse estudo, sem deixar de considerar o conjunto de relações, optou por um recorte que objetivou apresentar aspectos do resultado da implantação do CR, em Ribeirão Preto, na percepção de um de seus sujeitos operadores: os trabalhadores atuantes na gerência da intervenção.

Percurso metodológico

O cenário do estudo foi o espaço organizacional do CR, implantado no nível central da SMS de Ribeirão Preto. Trata-se de uma pesquisa avaliativa cujos dados empíricos foram produzidos junto aos trabalhadores que atuavam na gerência e operação do CR, sendo a coleta realizada de fevereiro a março de 2007, por meio de entrevista, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa. O CR possuía 24 trabalhadores (médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem, dentre outros), dos quais 22 (91,6%) aceitaram participar da pesquisa.

Com base nos dados coletados e naqueles oriundos de fontes documentais, articulados ao suporte teórico da investigação, procuramos cotejá-los de modo que pudéssemos obter a “máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo” (Triviños, 1995, p.138). Para a análise das entrevistas, foi realizada a análise de conteúdo em sua vertente temática (Bardin, 2000; Minayo, 1998).

Resultados e discussão

A organização do complexo regulador para garantia do acesso e da equidade

Ribeirão Preto, em 2005, contava com uma população estimada de 551.312 habitantes (DATASUS), tendo a rede SUS conformada por 64 estabelecimentos assistenciais, dentre eles, unidades de atenção básica e saúde da família, secundárias e terciárias, além de outros serviços exclusivos de apoio diagnóstico e terapêutico. No entanto, percebia-se que o potencial desta rede ainda poderia ser explorado, no sentido de uma articulação mais efetiva entre os componentes assistenciais.

Assim, o Plano Municipal de Saúde 2005-2008 apresentou, como um de seus eixos, o incremento do processo regulatório impulsionado pela necessidade de: melhora da resolubilidade e continuidade da atenção básica; ordenação do acesso aos serviços secundários e terciários, e estabelecimento de um canal de comunicação entre os diferentes pontos assistenciais.

Uma das intervenções promovidas, neste eixo, foi a implantação do CR que, além de produzir alterações na dinâmica organizativa, fez aflorar a dimensão dos projetos em disputa no interior da rede assistencial, por vezes, sustentados por uma lógica clientelística, econômica, corporativa e pouco equitativa.

Na concepção dos entrevistados, o CR melhorou o acesso às consultas especializadas e aos exames complementares de maior densidade tecnológica.

“Eu sei do meu tempo da rede. Era marcada aleatoriamente. Não tinha uma padronização. Quando tinha serviço disponível você ligava e marcava”. (M8)

O acesso às consultas (médicas, odontológicas, outras) especializadas e aos exames complementares de maior densidade tecnológica realizava-se por meio da distribuição de um número de *Guias de Referência (GR)* para cada unidade de saúde (cota). Pela *GR*, considerando-se, de modo geral, a “*data de emissão da guia*”, procedia-se ao agendamento do procedimento. Para algumas situações havia um fluxo de encaminhamento diferenciado: oncologia e pré-natal patológico. Entretanto, não havia, para o grande contingente de encaminhamentos, uma análise classificatória de prioridade/risco sobre os motivos que geraram as solicitações.

Este conjunto de elementos pode revelar problemas na acessibilidade organizacional (Fekete, 1995), comprometendo a continuidade, a resolubilidade e a coordenação da atenção, ação essencial para que a atenção básica desenvolva os seus atributos. Starfield (2002, p.367-8) reforça que “a essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.” É um desafio, no exercício da coordenação, o estabelecimento de uma relação que favoreça a interligação entre os pontos da rede para que o conjunto de informações, a respeito do usuário, seja difundido e utilizado pelos atores responsabilizados em garantir o atendimento.

Para os entrevistados, o correto preenchimento da *GR* permitiu desenvoltura da classificação de risco/prioridade e, conseqüentemente, da ação regulatória.

“[...] Porque primeiro é a identificação. Você tem que identificar quem é o usuário [...] e esses dados facilitam localizar o paciente, remarcar as consultas ... E, segundo porque o paciente está sendo encaminhado, o motivo pelo qual está sendo feita aquela solicitação para você agilizar a consulta, marcar na especialidade mais indicada”. (M6)

A *GR* passou a ser objeto de análise balizado por consensos clínicos e protocolos regulatórios, ação que interferiu diretamente na mobilização de recursos para o atendimento dos problemas de saúde. Desta forma, quando eram identificadas, no CR, incongruências na *GR*, eram tomadas atitudes tentando dar continuidade ao processo de atendimento, com o olhar desperto para não obstaculizá-lo, evitando prejuízos ao usuário.

O problema mais frequente no preenchimento da *GR*, citado pelos entrevistados, foi *letra ilegível*, e ainda, o mais prejudicial para a ação regulatória, o *dado clínico incompleto*. Quando o caso clínico era bem descrito, o trabalho dos reguladores era facilitado, além de permitir a identificação de situações que poderiam ser atendidas pela atenção básica, e não primariamente encaminhadas. Emerge aqui a importância dos instrumentos e seu conteúdo informacional para a prática regulatória, no modelo analisado. A *GR* preenchida corretamente pode colaborar para a compreensão do potencial resolutivo da rede, clareando a responsabilização quanto ao estabelecimento da atenção.

Outro aspecto refere-se ao tempo para marcação de consultas especializadas, que, antes do CR, variava entre as unidades de saúde e entre as especialidades, revelando “desorganização” na oferta e utilização dos recursos assistenciais, tanto nos serviços próprios quanto nos conveniados. A análise

documental mostrou que, no início de 2005, algumas especialidades médicas apresentavam uma espera para a marcação de consultas acima de 12 meses, com destaque para a dermatologia, que era de, aproximadamente, 18 meses. A fala dos entrevistados reitera os dados obtidos pela análise dos documentos oficiais da SMS.

“Muito tempo. Um ano. Variava muito de unidade para unidade. Unidades mal organizadas, demorava muito mais tempo. As pequenas unidades tinham relativamente mais rápido. Bem desigual as consultas. Às vezes um CA ficava atrás de uma acne. Era bem desigual. Era marcado pela data, sem nenhum critério [...]”. (AA1)

Estes aspectos somados à análise da Taxa de Execução de Consultas Médicas Especializadas (TECME) mostraram que, em 2005, ano de implantação do CR, houve um aumento da TECME (149,02%), em relação ao ano anterior (132,46%), resultante da centralização da oferta desta ação, permitindo o seu mapeamento, que passou a ser regulado e agendado pelo CR, obedecendo a critérios de prioridade e disponibilidade dos serviços. Em uma análise direcionada às especialidades médicas, como a cardiologia e a endocrinologia (onde uma oferta satisfatória poderia auxiliar na condução de agravos de alta prevalência, no município, tais como HAS e diabetes), e a ortopedia, a oftalmologia e a dermatologia (especialidades de maior “demanda reprimida”, no município), vemos que, nos anos de 2004 a 2006, a cobertura nestas cinco especialidades médicas foi acima do valor recomendado pelos parâmetros assistenciais do MS, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1. Cobertura de consultas médicas esperada e alcançada, segundo especialidades médicas, RP-SP, 2004 a 2006.

Especialidades	Cobertura esperada (%)	Cobertura alcançada (%)		
	2004, 2005 e 2006	2004	2005	2006
Cardiologia	6,0	6,9	7,9	7,5
Dermatologia	3,3	4,7	5,4	4,2
Endocrinologia	1,2	4,9	5,3	5,2
Oftalmologia	8,4	9,4	10,7	10,9
Ortopedia	8,7	9,7	11,2	11,3

Fonte: Divisão de Planejamento em Saúde -SMS-RP e DATASUS

Muito embora, em 2004, estas coberturas já registrassem percentuais superiores aos esperados, observamos um aumento do valor em todas as especialidades, em 2005, que pode ser decorrente da reorganização da oferta pelo CR. O aumento da cobertura, em 2005, produziu decréscimo na demanda reprimida, com redução sensível do tempo de espera nestas especialidades, especialmente, na Cardiologia e na Dermatologia. O mapeamento e a otimização deste recurso transformados em oferta ampliada e melhoria do acesso derivaram do intenso monitoramento realizado em 2005, pelo CR, da pactuação, utilização e execução desta ação de saúde.

No contexto geral das consultas médicas especializadas, a produção, nestas cinco especialidades, correspondeu a 40,7% (2004), 40,9% (2005) e 41,6% (2006) do total de consultas médicas especializadas produzidas na rede SUS. No entanto, tais percentuais merecem maior investigação para a identificação de fatores que justifiquem ou não a permanência deles, pois mesmo com o aumento da cobertura e a redução do tempo de espera, algumas especialidades ainda apresentavam demandas reprimidas. Portanto, a demanda acentuada por consultas médicas especializadas, na rede, pode decorrer do modelo assistencial estruturado em base especializada.

Sob o prisma gerencial, negociou-se, nos serviços próprios, a reformatação da agenda de consultas médicas especializadas, resultando em aumento do quantitativo da oferta enquanto que, aos prestadores conveniados, foi solicitado o compromisso no cumprimento da oferta disponibilizada de uma forma mais transparente e efetiva. Toda a oferta própria e conveniada de consultas médicas especializadas foi colocada *on-line* no CR, caracterizando um avanço na capacidade gerencial deste recurso assistencial. Como não houve contratação de mais serviços, e sim uma otimização em função de um mapeamento global da oferta disponível na rede e da priorização dos problemas de saúde, levando em conta a hierarquização e a regionalização local, inferimos que esta medida, no mínimo, possibilitou uma utilização mais equitativa e eficiente dos recursos. Ainda, a ação do CR identificou e limitou o exercício de algumas práticas, tais como a reserva de vagas com a utilização de nomes fictícios de usuários, na tentativa de garantir uma ocupação posterior. O mapeamento e o gerenciamento da oferta quantitativa de consultas médicas especializadas disponibilizadas pelo prestador estadual, aos residentes do município, não foi possível, em que pesem as discussões sobre a relevância destas ações, para a dinâmica do processo regulatório. O CR deve realizar o exercício permanente de compatibilização entre a oferta dos recursos e os problemas da população, em tempo real, bem como, monitorar a execução das ações tentando promover a acessibilidade com equidade e humanização e, ao mesmo tempo, apontar as fragilidades da rede de atenção. Em 2006, houve uma diminuição da TECME, que deve ser melhor compreendida e, *a priori*, não ser identificada como um resultado totalmente desfavorável. Este decréscimo pode relacionar-se à perda da capacidade instalada potencial (demissão de recursos humanos) e à ação do CR, no sentido de que os encaminhamentos começaram a ser analisados quanto aos motivos das solicitações, gerando uma mudança na ocupação da oferta assistencial. O CR mediou uma comunicação entre os pontos da rede, dirigindo questões tanto à atenção básica (o motivo do encaminhamento não pode ser resolvido na atenção básica?) quanto à própria atenção secundária (este caso não poderia ser seguido na atenção básica a partir de uma contrarreferência?). Tais condutas, no entanto, carecem da compreensão e do compromisso dos trabalhadores acerca da necessidade da conformação da rede de atenção à saúde, que precisa ser produtora de cuidados, de forma compartilhada, progressiva, humanizada, resolutiva e regionalizada e atenta para a garantia da equidade e da integralidade. Uma rede solidária.

Concluimos que, naquele momento, a centralização do gerenciamento deste recurso assistencial, pelo CR, foi importante para iniciar o processo organizativo da ação regulatória eletiva, com mapeamento da demanda/oferta, que deveria avançar para o atendimento dos problemas de saúde, conhecimento da necessidade, investimento e qualificação da rede de atenção.

Do ponto de vista da gestão, entendemos que centralização e descentralização não se posicionam como antíteses, mas como condições complementares e, assim, convivem dialeticamente. Interessante resgatar a discussão sobre centralização e descentralização e o comportamento desta relação no processo de gestão:

[...] es tan insostenible la idea de una centralización total de las funciones publicas como la de suponer que puede desaparecer toda necesidad de mando centralizado. Una descentralización que no contenga la contraparte centralista en el punto extremo significa la disolución de cualquier criterio de integración, coordinación y sinergia social. (Cardona, 1997, p.12)

Contudo, para um dos entrevistados, a marcação de consultas médicas especializadas era mais rápida, antes do CR, facilidade que ocorria esporadicamente, quando o acesso era direto à unidade executante, pondo em pauta a questão da operacionalização do conceito de equidade. O documento *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Americas* pôs em evidência a importância de alguns valores para o estabelecimento de prioridades dentro de sistemas de saúde, dentre eles a equidade, definida como “[...] la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en los sistemas de servicios sociales y de salud” (OPAS, 2007, p.8). Frente ao desafio de colocarmos a equidade como um dos valores centrais de um sistema de saúde, podemos conceber como justa uma organização que ofereça condições

privilegiadas de acesso aos usuários? Ou um arranjo organizacional que não garanta a melhor resposta possível para algum problema de saúde no momento de maior precisão? Ou, ainda, que favoreça acessos rápidos personalizados a alguns em detrimento de demoras extenuantes para a grande maioria? Parece-nos condizente a ação de classificar a prioridade/risco dos casos a simplesmente, frente a um diagnóstico insatisfatório, deixar os usuários à sorte de contatos personalizados e desvinculados do compromisso institucional de acesso equitativo e humanizado. Os entrevistados também apontaram que o CR ainda não detinha o controle do tempo decorrido entre liberação da autorização para a realização de exame mais complexo e a data de sua realização, ou seja, o CR liberava rapidamente autorização para realização do exame, o que não garantia sua execução em um curto espaço de tempo. Existe a necessidade de que toda a oferta de recursos assistenciais esteja no CR, para que o gerenciamento e o controle do processo regulatório, que envolve o acompanhamento da execução do procedimento em tempo satisfatório, sejam exercidos. Sem este mecanismo, a garantia da melhor e oportuna resposta aos problemas dos usuários, premissa da estratégia, fica comprometida. É esperado que esta discussão não ocorra isoladamente e limitada ao atendimento da demanda, e sim que esteja atrelada ao desenvolvimento do modelo de atenção pretendido.

Para os sujeitos do estudo, o CR tornou-se um local de referência e articulação, fornecendo resposta mais sistematizada às unidades solicitantes e, sobretudo, ao usuário, condição essencial à conformação de uma rede resolutiva e humanizada.

“Você tem um local centralizado e eles sabem que vem dali a resposta e eles têm a quem se dirigir. Antes [...] ninguém sabia porque não tinha consulta, por ex. Agora, a gente sabe porque não tem. E a gente dá uma resposta mais certa pro usuário”. (E3)

O processo de trabalho no complexo regulador

Encontramos, nas entrevistas, o relato das dificuldades enfrentadas no cotidiano do CR e dos benefícios, ainda incipientes, trazidos pela vivência da experiência. No tocante à infraestrutura, as principais dificuldades enfrentadas pelo CR, segundo os entrevistados, foram: o espaço físico inadequado e insuficientes apoio logístico e nº de recursos humanos. Contudo, havia um comprometimento dos trabalhadores com a implantação do CR. A busca da coletivização do trabalho, da gestão de serviços dividindo responsabilidades, do estabelecimento de estratégias para recomposição do trabalho em saúde, de modo a acolher a clientela em suas necessidades, “pode significar o favorecimento de uma lógica participativa e democrática, creditando aos trabalhadores e usuários a capacidade de se constituírem atores num processo de construção e de criação de diferentes possibilidades de intervenção” (Mishima, 2003, p.12). Os entrevistados referiram que o compartilhamento do espaço físico entre as centrais teria potência para interferir positivamente na ação regulatória favorecendo a comunicação e troca de experiências e, conseqüentemente, aumentando a resolução dos problemas. O investimento na estrutura denotou o reconhecimento de que mudanças na ambiência podem favorecer o processo de trabalho. Tratamos aqui do tema ambiência - terminologia presente na Política Nacional de Humanização -, referindo-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humanizada (Brasil, 2006b). O termo e o conceito podem ser utilizados também nos locais de encontro entre os trabalhadores de saúde para o desenvolvimento de seu trabalho, estabelecendo espaços que potencializem suas ações para a finalidade colocada ao processo de trabalho. No entanto, as equipes das centrais de regulação precisariam, necessariamente, estar sintonizadas para desenvolverem o mesmo projeto assistencial.

“Se as centrais não estiverem juntas e afinadas trabalhando junto, a gente não consegue regular. Além de estar no mesmo espaço físico, a equipe precisa estar ajustada, ter conhecimento da oferta, da demanda, da necessidade”. (E1)

No trabalho, em geral, e no trabalho em saúde, especificamente, a participação dos trabalhadores assume um papel fundamental (Campos, 1997). Assim, considerando o papel ímpar desempenhado pelos trabalhadores de saúde, temos o CR como uma instância mediadora entre a atenção básica, secundária e terciária, podendo constituir-se em instrumento colaborador para o desenvolvimento da coordenação e da continuidade do cuidado. Neste sentido, os sujeitos da pesquisa expressaram que a atenção básica pode contar com a ação do CR para melhorar a resolubilidade de suas ações.

“Porque a partir do CR você tem uma dimensão daquilo que acontece na rede básica. Porque passam milhares de demandas e solicitações; [...] dá pra você ter uma idéia do atendimento da rede básica, seja do ponto de vista da urgência, o que está demandando a solicitação de várias cirurgias e do que está na eletiva. De repente, você vê o cara pedindo um exame complementar sem que tenha feito o básico do atendimento. [...] O CR é um espaço, que se você quiser, dá para ter uma dimensão do que acontece no nível anterior, na atenção básica. O que precisa é uma sistematização do processo de observação”. (M1)

Do material analisado, apreendeu-se que o CR, sob a ótica operacional, enfrentou vários obstáculos. Limitações do aporte da informática, à época do estudo, sobretudo sua instabilidade operacional, interferiram diretamente na formatação e gerenciamento do mapa assistencial. Para o monitoramento e avaliação da ação regulatória, o CR deveria dispor de um suporte de informática que, além de acomodar recursos assistenciais, permitisse: criação de mecanismos de ordenação dos fluxos assistenciais, domínio da relação entre a gestão e os vários prestadores de serviços, e produção de relatórios analíticos para subsidiar o processo avaliativo e decisório. A tecnologia da informação é resgatada para destacar que “as mudanças na dimensão política da gestão da informação precisam vir acompanhadas de mudanças tecnológicas para que seja alcançado o patamar do uso efetivo da informação do processo de gestão da saúde” (Moraes, 2001, p.51-2). Considerando o porte operacional e a dinâmica acelerada da estratégia, para seu êxito, torna-se decisiva a disponibilização e adequação de recursos tecnológicos.

Outro dificultador apontado pelos entrevistados, ao longo do tempo, foi o descumprimento da oferta pelos prestadores próprios e conveniados. Esta dificuldade deve ser ponderada tendo-se em mente que a capacidade instalada dos prestadores conveniados foi por eles fornecida, não se justificando seu descumprimento, exceto em ocasiões excepcionais. Quanto aos prestadores próprios, a capacidade instalada foi determinada após a identificação dos recursos humanos e tecnológicos potencialmente disponíveis na rede, e intensa e conflituosa negociação com os trabalhadores.

Como possíveis explicações para esta ocorrência temos: a pequena autonomia do CR para manter o contínuo monitoramento e a responsabilização das unidades executantes e a constante tensão entre o poder técnico e o poder político de determinados grupos, que afloraram na medida em que o CR tentava equacionar a resposta aos problemas de saúde, pautando-se nos conceitos de equidade, integralidade, acessibilidade e regionalização.

Outro aspecto destacado pelos entrevistados foi o desconhecimento da proposta de regulação do SUS. A capacitação da equipe para as atividades de regulação não ocorreu ou foi parcial segundo os sujeitos do estudo.

“Capacitação específica para mim não teve. Mas acredito que houve. Eu não participei da implantação do complexo regulador como um todo. A capacitação para mim foi no dia a dia”. (CD3)

Trata-se de um achado fundamental, se reconhecemos que a compreensão da proposta e a capacitação para a prática regulatória interferem na qualificação do processo de trabalho e, conseqüentemente, no resultado das ações.

A importância dos protocolos regulatórios e clínicos para o desenvolvimento das ações de regulação foi identificada majoritariamente, nos relatos, sendo os mesmos compreendidos como instrumentos facilitadores da ação regulatória, colaborando na: definição do desenho da rede de atenção; individualização dos pontos de atenção de acordo com a capacidade instalada e potencial de resolução;

sistematização de critérios para ação regulatória (diminuindo a personalização da ação); adequação do direcionamento do usuário na rede de atenção; agilização do agendamento das ações de saúde e capacitação das equipes.

“Primeiro para você ter alguma coisa escrita do que você vai fazer. O que a Secretaria oferece de verdade pro paciente. Pra agilizar as decisões [...] diante de um caso. Você tá com um papel na mão, você não sabe pra onde você vai mandar, quem que pode atender aquilo, quem que vai resolver aquilo. Se tiver protocolo isto é muito mais fácil. Pra você encaminhar, pro paciente chegar mais rápido no serviço”. (M3)

Ainda se fez presente a reflexão acerca dos protocolos, no sentido de se terem ferramentas que favoreçam a condução do caso, e não instrumentos cerceadores de condutas que tornem excessivamente rígidas as possibilidades de atendimento, excluindo as análises das individualidades.

Constituição da rede de atenção resolutiva e humanizada

A operacionalização da descentralização deve ser orientada de forma a “superar a fragmentação das políticas e programas de saúde através da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão” (Brasil, 2006, p.5).

No caso específico da regulação do acesso, a constituição da rede de atenção torna-se indispensável para que as ações regulatórias sejam programadas e se processem em função dos problemas identificados no território, preferencialmente, pela atenção básica. A rede constitui estrutura complexa e, para que ocorra uma integração funcional e solidária, o caráter complementar e integrador das ações desenvolvidas pelos diferentes sujeitos e pontos de atenção deve ser considerado.

“Tem um envolvimento grande da equipe daqui de estar estreitando estes laços com as unidades, de fazer o pessoal da unidade saber como é o trabalho da gente. A maioria das pessoas que está aqui conhece a realidade das unidades de saúde. Então, a gente procura trabalhar bem para facilitar o serviço de todo mundo”. (E1)

As acepções de complementaridade e interdependência dimensionam a complexidade da constituição da rede e impelem o pensar sobre sua configuração (Saúde, 2006). Quando o objeto da análise se volta para a estratégia do CR, focando suas competências e atividades, verifica-se a importância da existência de uma rede que exercite a integração para que as ações regulatórias aconteçam em sintonia com as diretrizes do SUS. Na fala dos sujeitos, porém, a dificuldade de articulação entre os pontos da rede foi relacionada à diversidade dos atores e de suas condutas, bem como às insuficientes sistematização e divulgação das informações sobre os serviços, suas ofertas e o modo de acesso.

A diversidade dos atores pode não ser fator de entrave quando tomada no sentido de que a pluralidade de ideias e opiniões, colocada na arena de negociações, colabora para a reflexão e formação de consensos. “As redes são formadas a partir da conexão ou vinculação de pessoas” e, na medida em que elas são construídas na perspectiva dos sujeitos, “o conflito é uma situação previsível, e determina a existência da obstrução do fluxo de vínculos” (Saúde, 2006, p.58). Um caminho seria a revelação e abordagem corresponsável deste conflito de forma a recompor o vínculo entre os sujeitos e recuperar a solidariedade e o poder da rede.

O CR favoreceu a interligação dos pontos da rede porque reorganizou o fluxo e promoveu a comunicação orientada pelo sentido cooperativo e a possibilidade de compartilhamento das experiências entre as equipes do próprio CR, ainda que, naquele momento, estivesse focado em casos prioritários. Nas entrevistas ficou ratificada a importância do estabelecimento de vínculos e de comportamentos solidários entre os atores que vivenciam a rede, para que internamente e externamente ela seja fortalecida e alcance suas finalidades (Rovere, 1999).

No entanto, problemas de comunicação entre os pontos da rede foram relacionados, variando desde dificuldades estruturais, despreparo e descompromisso de alguns trabalhadores, a insuficiência e pouca compreensão das informações pelas equipes do próprio CR, das unidades solicitantes e executantes e usuários.

Embora os entrevistados tenham reconhecido que a implantação do CR permitiu aprofundamento do conhecimento sobre o SUS, para os trabalhadores que nele foram alocados, também foi por eles apontado que este processo não atingiu de maneira correspondente os trabalhadores de outros pontos da rede e os próprios usuários.

“Para quem está envolvido com o CR, sim. Mas, para quem não tem contato, não. Porque a informação ainda não chegou na ponta.[...] Se os trabalhadores têm a informação fica mais fácil para os usuários aprenderem. Isso já está acontecendo, mas precisa melhorar”. (CD1)

“Para os usuários eu não sei se nós chegamos a este ponto. Mas um pouco melhorou. Principalmente para aqueles que vão à Unidade e a unidade tem o conhecimento, consegue passar esta informação pro usuário, eu acho que é melhor. Agora, aquela unidade que não tem muita preocupação fica um pouco mais difícil [...] Eu diria que não melhorou em tudo aquilo que nós gostaríamos”. (AA1)

O excesso de comunicação escrita, a dinâmica acelerada de trabalho não acompanhada pela difusão das informações sobre o CR, sua finalidade e atribuições foram considerados fatores de interferência negativa para a intervenção. A disseminação de informações de modo compreensível, na rede e em fóruns participativos do SUS, pode ser um diferencial para o estabelecimento de um processo comunicacional que fortaleça as iniciativas direcionadas à sustentabilidade da rede e seja sensível às suas fragilidades.

No conjunto das entrevistas, encontrou-se implícito o controle social, enquanto diretriz do SUS, ainda com dificuldade de se viabilizar num processo efetivo de gestão compartilhada e de corresponsabilidade em relação ao sistema de saúde e ao autocuidado.

“No exato momento em que você não tem a discussão com o usuário deste processo de transformação que você está fazendo dificilmente vai levar a um melhor conhecimento. [...] Na verdade a relação do usuário com a unidade de saúde ainda é muito ruim do ponto de vista dele conseguir conhecer aquilo que é oferta, mas também de discutir sobre a sua própria saúde e sua condição”. (M1)

Resgatar a participação dos usuários, mesmo que ladeada de conflitos e embaraços, refere-se ao reconhecimento do alcance do sistema, com vistas à superação de formas autoritárias de gestão e conquista de um agir mais democrático no processo decisório das políticas públicas. A reflexão sobre as falas dos sujeitos deixou a impressão de que este acesso às informações e seus significados pelos usuários, de modo geral, não se deu a contento. Os atores que constroem o controle social (usuários, trabalhadores e gestores) precisam conhecer o SUS, suas diretrizes organizativas e cotejar tais informações com a situação de saúde local (epidemiológica, assistencial, financeira, política) por meio: da análise e compreensão do conjunto informacional de saúde, atitudes que favorecem a acessibilidade, a participação no processo de gestão e a corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos (Silva et al., 2007; Brasil, 2006c; Moraes, 1994).

Assim, qual deve ser a informação em saúde e como ela deve ser difundida para que promova a autonomia e o protagonismo dos sujeitos (Brasil, 2006c)? Como ela deve ser apresentada e como pode ser acessada para que, realmente, possa ser compreendida e se coloque a serviço dos atores sociais e da consolidação da democratização do SUS? Parece-nos que a resposta a estas indagações poderia colaborar para o pleno exercício da participação social.

No tocante ao CR, esta reflexão incita o repensar das práticas estabelecidas relativas ao processo comunicacional e o tratamento dado aos conteúdos informacionais, o que estaria implicado com o desenvolvimento e continuidade da intervenção e a um subsídio para a participação e o controle social. Uma política de saúde que pretende ser equitativa deve estimular uma ação comunicativa que facilite o acesso e a compreensão das informações fortalecendo os usuários na relação com o sistema de saúde (Thiede, 2008).

O complexo regulador como fomentador da avaliação para a gestão

Conceber a magnitude do processo avaliativo para qualificação da gestão do SUS é indispensável para que as organizações de saúde incorporem esta prática em seus cotidianos. Perceber o sentido dado ao desenvolvimento da avaliação é essencial para que ela seja realmente efetiva enquanto instrumentalizadora de decisões que, necessariamente, devem ter como alvo principal os usuários, beneficiários de um sistema mais equânime e humanizado.

Pela lógica de seu processo de trabalho, os efeitos iniciais mais perceptíveis da ação do CR, na visão dos entrevistados, se relacionaram ao detalhamento da disponibilidade de recursos assistenciais.

“Na verdade é ele que tem na mão o mapa de atendimento da cidade. [...] Antigamente, nós não tínhamos noção de quanto se trabalhava no ambulatório, do atendimento de paciente. Não tínhamos noção de quantos prestadores nós tínhamos para prestar determinado tipo de serviço. Então, na realidade a logística do atendimento quem conhece é o CR. Onde estão dispostos os profissionais, onde tem mais, onde tem menos, onde precisa. A boa estruturação do atendimento está muito ligada ao complexo”. (M3)

Sem a descrição pormenorizada e a quantificação da oferta disponível e/ou necessária, suporte para toda a programação de saúde, a ação regulatória não se concretizaria. O esforço empregado na elaboração do mapa de recursos assistenciais promoveu a compreensão sobre o sentido da ação regulatória, transformando-se em dispositivo de capacitação das equipes do CR, numa iniciativa de educação permanente acerca da organização e avaliação do sistema.

A centralização do gerenciamento/gestão do processo regulatório favoreceu o conhecimento e visualização da rede como um todo, suas demandas, debilidades, fortalezas, possibilidades de programação e aspectos de seu controle, o que o tornou importante fomentador da prática avaliativa. Por outro lado, também desvelou situações de privilégios corporativos responsáveis por muitos momentos de conflitos entre trabalhadores, prestadores conveniados e usuários com o gestor local.

“A partir do momento que você trabalha com todos os dados, você tem conhecimento de tudo. Melhora sua capacidade de gestão. Hoje, eu acho que a Secretaria da Saúde tem na mão todos os dados praticamente de gastos com saúde, de demanda reprimida, de oferta”. (CD3)

Os entrevistados entenderam que as atividades realizadas pelo CR estimularam a análise das práticas de saúde e proporcionaram revisão de condutas consideradas inadequadas para o bom desenvolvimento da gestão, tais como a determinação, pelos prestadores conveniados, do modo de ocupação da oferta assistencial. Esta atividade foi identificada como prerrogativa do gestor, intimamente implicada à capacidade gerencial e, conseqüentemente, facilitadora da ação regulatória.

“Antigamente, antes da existência deste complexo, tudo era encaminhado para a Faculdade [Odontologia] e eles que controlavam esta lista de espera. Hoje não. Quem controla a lista de espera somos nós e nós determinamos a prioridade de acordo com as vagas. A vaga ainda é insuficiente? É. Mas nós é que definimos quem entra no prestador. Antigamente, não. Eles é que definiam quem eles iam colocar para dentro. Então, houve uma melhora sim”. (CD2)

A estratégia do CR, segundo os entrevistados, foi responsável pela melhoria dos registros dos dados de saúde, tanto nos serviços próprios quanto conveniados, ação fundamental na construção de bancos de dados mais fidedignos para a geração de informações de saúde que abastecerão o processo organizacional, avaliativo e de tomada de decisão.

“Porque está tentando mostrar que o serviço bem organizado, que um direcionamento bom para o paciente é importante para a gestão, é importante para a Secretaria como um todo”. (E3)

Ponderamos a importância do uso da informação para o sucesso das intervenções quando empregada como agente de transformação da consciência sanitária dos trabalhadores, gestores e dos usuários, não se restringindo apenas a um emaranhado de compilações, obrigatórias, muitas vezes, incompreensíveis e pouco significativas enquanto dispositivo subsidiário para as decisões. É motivo de reflexão a precariedade do processo de transformação do dado em informação e o uso pouco efetivo da informação como suporte para ação gestora nas organizações de saúde. Ora, se entre os pressupostos da estratégia encontra-se a afirmação de que o CR possa ser um observatório qualificado do sistema, propulsor do exercício avaliativo e do fortalecimento da gestão, em que bases deveria se estabelecer a prática informacional para que ele desenvolvesse esta capacidade? Explorar a potencialidade integradora da informação apresenta-se como uma possibilidade (Moraes, 2007).

A despeito do entendimento de que caberia ao CR o monitoramento da programação assistencial, contrapondo-se à produção realizada e à disponibilidade orçamentária, naquele momento, sobretudo para as ações de média e alta complexidade, esta ação pouco se difundiu no CR, sendo reconhecida por uma pequena parcela dos entrevistados.

“Não é realizada pelo complexo como um todo. Algumas pessoas fazem esta análise dos atendimentos autorizados. Agora, a disponibilidade orçamentária para a sua execução, não. A gente faz melhor esta parte nas cirurgias eletivas por causa do programa que a gente construiu no complexo. Os outros ainda não conseguiram chegar neste nível”. (E4)

Ficou registrada, nas entrevistas, a pouca sistematização da avaliação considerando parâmetros assistenciais e de gestão e a necessidade de capacitação e motivação para esta prática. A avaliação precisa ser compreendida com uma ação de caráter institucional e instrumentalizadora do processo decisório. No entanto, reconheceu-se que o resultado da avaliação pode ser direcionado a depender da forma de condução do processo regulatório.

“Acho que parte do pressuposto de você ter uma política de saúde estabelecida. De entender qual modelo assistencial que você quer implantar. Então, dependendo do que é a linha política, acho que não produz o efeito esperado. Tem que estar ancorado em uma política de saúde na qual a gestão tenha uma definição clara do modelo assistencial. Porque se não, ele [o CR] simplesmente serve para o modelo tradicional da clínica individual, meramente a questão do fluxo, de um lugar que vai pro outro, distribuir burocraticamente pra onde vai o exame, pra onde que não vai, qual prestador vai, qual não vai. Quando você pensa em ele ser um instrumento de gestão, ele é, mas tem de estar ligado a uma política estabelecida”. (M1)

Neste sentido, dispositivos como a referência e contrarreferência podem contribuir para o processo avaliativo e a constituição da rede de atenção. É sabido que a contrarreferência pouco acontece na rede, tanto nos serviços próprios quanto conveniados e que, quando ocorre, na maioria das vezes, não é acompanhada de uma orientação pormenorizada para o seguimento dos casos. A pequena ocorrência de contrarreferência observada na atenção secundária e terciária talvez ocorra pelo entendimento imaginário difundido de que “quem trata melhor é o especialista”, fruto da vivência do modelo hegemônico de organização assistencial. Além disso, como nem sempre a atenção básica dispunha de uma oferta de consultas médicas adequada, às vezes, tornava-se mais fácil agendar uma consulta com o especialista, o que acabava por vincular o usuário à unidade especializada. Observou-se também, no

CR, que as referências, frequentemente, não relatavam as ações já executadas no projeto terapêutico desenvolvido pela atenção básica, dificultando a ação regulatória e o dimensionamento da capacidade resolutiva deste ponto da rede.

Estes elementos sintetizam a magnitude do direcionamento dado à intervenção, o qual pode, a partir dos resultados da avaliação, induzir o CR à reprodução de um modelo assistencial iníquo, ineficiente e pouco efetivo sobre os problemas saúde, ou torná-lo um instrumento crítico da assistência e da gestão com vistas ao melhor desempenho do SUS (Mendes, 2002).

Considerações finais

A intervenção do CR teve capacidade de alterar a regulação do acesso assistencial, afetar seus trabalhadores e, na visão destes, alguns dos parceiros que foram importantes para a implantação e desenvolvimento da estratégia. Aspectos do impacto do CR foram nitidamente percebidos pela análise do material empírico e documental, em todos os eixos que discutiram: a organização do CR para garantir acesso e equidade, a constituição da rede de atenção resolutiva e humanizada, o processo de trabalho dos sujeitos no CR, e a potência da estratégia em consolidar-se como observatório do sistema, e, deste modo, ser um fomentador da avaliação para a tomada de decisão. No entanto, a mesma intensidade de influência da intervenção não foi observada, segundo os sujeitos do estudo, nos usuários do SUS. Tal fato merece ser entendido como um alerta, o que justificaria uma investigação em separado; e, certamente, a aproximação dos usuários à proposta colaboraria tanto no sentido da implementação e da continuidade da intervenção como, também, na consolidação da efetiva participação social. Ficou patente que, apesar de ser uma estratégia potencialmente capaz de colaborar com a sustentabilidade do SUS, o CR carece de investimento, aperfeiçoamento e divulgação.

Colaboradores

Janise Braga Barros Ferreira responsabilizou-se pelas etapas de concepção teórica, elaboração, discussão, redação e revisão da produção do artigo; Silvana Martins Mishima responsabilizou-se pelas etapas de concepção teórica, elaboração, discussão, redação e revisão da produção do artigo; José Sebastião dos Santos, Aldáisa Cassanho Forster e Clarice Aparecida Ferraz foram responsáveis pela discussão, redação e revisão do manuscrito.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BRASIL. Portaria n.1.559, de 1 de agosto de 2008. Institui uma Política Nacional Regulação do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 ago. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html> Acesso em: 1 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.399/GM, de 22 de fevereiro de 2006a. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, fev. 2006. Seção 1. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas/.htm>>. Acesso em: 10 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**: ambiência. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base gestores e trabalhadores do SUS. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.356, de 25 de setembro de 2000. Dispõe sobre os recursos financeiros, por estado e Distrito Federal, destinados à implementação do Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, n.185-E, 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sas//sasset00.htm>>. Acesso em: 30 jan. 2006.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p.229-66.

CARDONA, A. Marco teórico para la gestión descentralizada de las políticas de salud. **Rev. Facul. Nac. Salud Publ.**, v.16, n.1, p.9 -26, 1998.

FEKETE, M.C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA et al. (Orgs.). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1995. p.177-84.

FERREIRA, J.B.B. **Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde**. 2007. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2007.

LOPES, S.L.B; SANTOS, J.S.; SCARPELINI, S. The implementation of the medical regulation office and mobile emergency attendance system and its impact on the gravity profile of non-traumatic afflictions treated in a University Hospital: a research study. **BMC Health Serv. Res.**, v.7, n.1, p.173, 2007.

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

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social (qualitativa) em saúde. São Paulo: Hucitec, 1998.

MISHIMA, S.M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde** – o caso do Programa de Saúde da Família. 2003. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2003.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saude Publ.**, v.21, n.3, p.898-906, 2005.

MORAES, I.H.S. **Informação em saúde**: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo: Hucitec, 1994.

MORAES, I.H.S.; GÓMEZ, N.G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.3, p.553-64, 2007.

MORAES, I.H.S.; SANTOS, S.R.F.R. Informações para a gestão do SUS: necessidades e perspectivas. **Inf. Epidemiol. SUS**, v.10, n.1, p.49-56, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. OPAS. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**. Washington: OPAS, 2007.

ROVERE, M. **Redes en salud**: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Editora Secretaria de Salud Publica/AMR, 1999.

SANTOS, J.S. et al. Clinical and regulatory protocol for treatment of jaundice in adults and elderly: a support for health care network and regulatory system. **Acta Cir. Bras.**, v.23, supl.1, p.133-42, 2008.

SANTOS, J.S. et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências e de Humanização. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v.36, n.2/4, p.498-515, 2003.

SAÚDE, M.I.B.M. **Interrogando a operação da rede de serviços de saúde**. 2006. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2006.

SILVA, A.X.; CRUZ, E.A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.3, p.683-8, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad. Saude Publica**, v.24, n.5, p.1168 -73, 2008.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

FERREIRA, J.B.B. et al. El complejo regulador de la asistencia a la salud en la perspectiva de sus sujetos operadores. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.33, p.345-58, abr./jun. 2010.

Se trata de investigación de evaluación objetivando evaluar aspectos del resultado de la implantación del Complejo Regulador (CR) en la organización del sistema público de salud de Ribeirão Preto en el estado brasileño de São Paulo. El escenario ha sido el espacio funcional del CR. Se entrevistaron trabajadores de diferentes categorías que actuaban en la gestión y en el nivel operacional del CR y el material se ha analizado según análisis temático. Se verifica que el CR provoca alteraciones en la accesibilidad organizadora y equidad de la red de salud, tanto en la atención en el dispensario como en la del hospital; se destaca la necesidad de constitución de red resolutive y humanizada atención y muestra que es recurso proficuo de la evaluación y gestión. La implantación ha alterado el proceso de trabajo de los sujetos y ha tenido poco reconocimiento por parte de los usuarios del Sistema Único de Salud. La evaluación indica que, a pesar del poco tiempo de implantación, la estrategia del CR tiene potencia para colaborar en la sustentación del Sistema Único de Salud pero son necesarios inversión, divulgación y perfeccionamiento.

Palabras clave: Regulación y fiscalización en salud. Equidad en Salud. Acceso a los servicios de salud. Asistencia integral a la salud. Evaluación en Salud.

Recebido em 06/08/09. Aprovado em 29/11/09.