

A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NO SUS SOB A LENTE DA TEORIA DA ESTRUTURAÇÃO

ASSISTANCE REGULATION IN THE SUS UNDER THE LENS OF STRUCTURING THEORY

REGULACIÓN DE ASISTENCIA EN EL SUS BAJO LA LENTE DE LA TEORÍA DE LA ESTRUCTURACIÓN

Deise Santana de Jesus Barbosa, Dra.
Universidade Federal da Bahia, Brazil
deisesjb@gmail.com

Maria do Carmo Lessa Guimarães, Dra.
Universidade Federal da Bahia, Brazil
ducalessa@yahoo.com.br

RESUMO

Trata-se de um artigo de revisão, por meio do qual buscou-se caracterizar a Regulação Assistencial no âmbito do SUS como uma prática social, considerando sua prerrogativa de integração dos pontos assistenciais na Rede de Atenção à Saúde. No contexto de complexidades estruturais do SUS, implementado cotidianamente num cenário de desigualdades socioeconômicas como o brasileiro, a ação regulatória, fundamentada predominantemente no controle normativo, tem contribuído para gerar barreiras de acesso aos serviços de saúde, contraditoriamente ao seu propósito de integrar os pontos de atenção. Argumenta-se que estudar a regulação assistencial e sua capacidade de integração da rede, fundamentados na teoria da estruturação de Antony Giddens, permite uma análise ampliada deste fenômeno.

Palavras-chave: Regulação governamental; Integração dos Serviços de Saúde; Rede Prestadora de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This is a review article, which sought to characterize Health Care Regulation within the SUS as a social practice, considering its prerogative of integrating care points in the Health Care Network. In the context of structural complexities of SUS, implemented daily in a scenario of socioeconomic inequalities such as Brazil, regulatory action, based predominantly on normative control, has contributed to generate barriers to access to health services, contrary to its purpose of integrating points of care. It is argued that studying health care regulation and its network integration capacity, based on Antony Giddens' theory of structuring, allows a broader analysis of this phenomenon.

Palavras-chave: Government regulation; Health Services Integration; Health Service Provider Network.

RESUMEN

Este es un artículo de revisión, que buscaba caracterizar la Regulación de la Atención Médica dentro del SUS como una práctica social, considerando su prerrogativa de integrar los puntos de atención en la Red de Atención Médica. En el contexto de las complejidades estructurales del SUS, implementado diariamente en un escenario de desigualdades socioeconómicas como Brasil, la acción reguladora, basada predominantemente en el control normativo, ha contribuido a generar barreras para el acceso a los servicios de salud, en contra de su propósito de integrar puntos de atención. Se argumenta que estudiar la regulación de la atención médica y su capacidad de integración de redes, basada en la teoría de estructuración de Antony Giddens, permite un análisis más amplio de este fenómeno.

Palabras clave: Regulación gubernamental; Integración de servicios de salud; Red de proveedores de servicios de salud.



1 INTRODUO

No Brasil, o SUS se configura como uma rede fsica de servios de sade, organizados de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada, com comando nico em cada esfera de governo. Para Santos (2011), essa configurao requer uma composio de arranjos que sejam capazes de tornar realidade um sistema de sade que a Constituio Federal (CF) de 1988 definiu como uma rede de aes e servios de sade, cuja organizao institucional envolve a articulao de todos os entes federativos, compartilhando, inclusive, o seu financiamento.

Autores como Santos (2011) e Mendes (2011) tm defendido que a integralidade da assistncia sade somente poder ser cumprida por meio das redes interfederativas de servios assistenciais, sendo impossvel o seu cumprimento por cada ente da Federao isoladamente. O conceito de redes, como forma de organizao social, considerado por Castells (1999) como uma tendncia histrica baseada na cooperao entre unidades dotadas de autonomia e intensivas em fluxo de informao e comunicao.

Segundo Mendes (2011) a concepo de rede no suporte s polticas pblicas tem sido crescentemente adotada, a partir da dcada de 1990, na tentativa de superar o desenho hierárquico hegemnico praticado at ento. Os estudos desse autor apontam que as organizaes rgidas “caracterizadas por pirâmides hierárquicas e pelos modelos de produo pautados nos princpios do taylorismo e do fordismo” esto sendo substituídos por organizaes em redes, consideradas como estruturas baseadas na flexibilidade, em processos reversveis, com interdependncias e compartilhamentos de informaes e recursos (MENDES, 2011, p.79).

As Redes de Ateno sade (RAS) foram instituídas normativamente em 2010, para dispor sobre a organizao dos servios prestados pelo SUS. As normas do Ministrio da Sade definem as RAS como um conjunto de aes e servios de sade articulados em nveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistncia sade, compreendidas no mbito de uma regio de sade, em consonncia com as diretrizes pactuadas pelos gestores da sade nas comisses intergestores (BRASIL, 2010; 2011).

No campo poltico, essa regulamentao representou o marco de uma nova proposta de organizao do SUS, considerada uma inovao por alguns autores, como Mendes (2011) e Silva SF (2011), ao instituir a conformao em redes como uma diretriz permanente do sistema de sade brasileiro. No campo terico, essa proposta surge em ateno ao contexto de complexidade crescente das questes sociais relacionadas ao setor sade, que envolve o aumento de processos de privatizao, a descentralizao acelerada por meio da municipalizao, a globalizao, a proliferao de organizaes no governamentais atuando na prestao de servios de sade, o fortalecimento do controle pblico, entre outras questes (MENDES, 2011; SILVA SF, 2011).

Integrante da estrutura logstica da RAS, a Regulao Assistencial atua como mecanismo de comunicao entre seus pontos de ateno, com a atribuio de promover uma ordenao sistmica por meio de processos, fluxos assistenciais e protocolos, garantindo a integralidade do cuidado, conforme estabelecido na carta constitucional (GAMARRA; PORTO, 2015; BOUSQUAT et al., 2017). No aspecto normativo, a ao regulatria se configura como uma interveno do Estado, entre a demanda no voluntária do cidado-usurio por servios de sade essenciais a manuteno da vida e a efetiva prestao do servio de sade oferecido pela

rede pública de saúde. No contexto de conformação das RAS, a ação regulatória se desenvolve em um cenário no qual participa uma diversidade de atores sociais, envolvendo os entes federados, os prestadores de serviços de saúde, os trabalhadores na sua ação cotidiana e os usuários que buscam os serviços.

Para Lobato e Giovanella (2008), embora o Estado seja o principal agente da atividade regulatória no SUS, o mercado, os prestadores de serviços e os profissionais também possuem seus próprios mecanismos de regulação, podendo ter propósitos divergentes dos estabelecidos pelos gestores públicos. Já Cecílio e outros autores (2014) complementam essa afirmativa incluindo a atuação dos usuários na produção de outras lógicas regulatórias, para além da regulação governamental, como estratégia de ampliação do acesso aos serviços dos quais necessitam.

Estudos empíricos sobre a operacionalização da assistência à saúde no SUS têm mostrado contradições na interrelação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e o Complexo Regulador (CR), tendendo este último a concentrar sua atuação na atenção especializada, perpetuando a fragmentação da RAS e priorizando o atendimento das doenças agudas e emergenciais (ALMEIDA, et al., 2010; CECÍLIO et al., 2014; FARIAS; BARBIERI, 2016; GAWRYSZEWSKI et al., 2012; SANTOS; GIOVANELLA, 2016). Outro fato que evidencia disfunções na atuação da Regulação Assistencial é o surgimento do processo de judicialização do acesso à saúde, por meio do qual os usuários do SUS têm recorrido cada vez mais ao poder judiciário para garantir seu direito aos serviços de saúde (SANTOS; MERHY, 2006).

Tais contradições têm feito com que o conceito, as práticas e as finalidades da Regulação Assistencial no SUS venham sendo objeto de debates e questionamentos por parte dos atores sociais envolvidos, em especial pela sociedade, que tem lhe atribuído o demérito de parte das dificuldades de acesso ao SUS, em contraposição ao que se propõe a ação regulatória. Deste modo, é colocada em xeque a atuação da ação regulatória assistencial que tem sido implementada no SUS, e, por conseguinte, o significado de manter esse modelo de intermediação entre o serviço de saúde e o usuário, na medida em que a ocupação das vagas disponíveis na rede de saúde inevitavelmente irá acontecer.

Diante dessa contextualização, compreendendo o SUS como um sistema social e considerando a complexidade existente em sociedades desiguais como a brasileira, este artigo tem como objetivo caracterizar a Regulação Assistencial no âmbito do SUS como uma prática social, considerando sua prerrogativa de integração dos pontos assistenciais na Rede de Atenção à Saúde e a teoria da estruturação. Entende-se que essa abordagem permite uma compreensão ampliada sobre a implementação da Regulação Assistencial, no âmbito do SUS, bem como dos elementos que interferem na sua atribuição de integrar a RAS.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para a elaboração deste trabalho, realizou-se um levantamento bibliográfico nos repositórios on-line de periódicos da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES) e no portal da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), nos quais buscou-se artigos a partir dos descritores ‘regulação assistencial’, ‘atenção básica’, e ‘rede’, com variações de busca a partir do uso das palavras ‘atenção primária’ e ‘regulação em saúde’, publicados no período de janeiro de 2008 até junho de 2018. A escolha das palavras-chave foi feita com base na problemática desta pesquisa.

Na consulta aos bancos de dados, com os descritores anteriormente mencionados, foram identificados 679 artigos. Após a eliminação dos artigos em repetição, realizou-se uma triagem de escopo a partir da leitura dos títulos e resumos, resultando em 24 artigos completos cujos objetos de estudos se aproximam da problemática conduzida nesta pesquisa.

Faz-se importante registrar que os artigos identificados foram, predominantemente, produzidos pela comunidade científica brasileira, uma vez que a Regulação Assistencial, nesse modelo administrativo e operacionalizada por centrais de regulação do acesso, é mais evidente no sistema de saúde brasileiro.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Problematizando sobre a Regulação Assistencial no contexto do SUS

O termo regulação é polissêmico. O conceito clássico de regulação, na teoria econômica, está associado a uma intervenção estatal, que se utiliza de instrumentos de comando e de controle para corrigir “falhas de mercado”. Para os campos da Administração Pública e das Ciências Sociais a regulação representa um conjunto de mecanismos que viabilizam a reprodução do sistema social, em função do Estado, das estruturas econômicas e das formas sociais vigentes, por meio de macroprocessos de regulamentação das políticas públicas e sociais (GAMARRA; PORTO, 2015; OLIVEIRA; ELIAS, 2011; SANTOS; MERHY, 2006).

No campo da saúde, o conceito de regulação incorpora essas duas dimensões, envolvendo tanto a execução de atividades normativas de regulamentação do mercado, como a intervenção política, administrativa e gerencial do sistema de saúde em geral (OLIVEIRA; ELIAS, 2011). Santos e Merhy (2006), analisando a literatura científica sobre o tema, resumem que a Política de Regulação em Saúde no SUS busca o equilíbrio de três objetivos. O primeiro deles, numa dimensão macro corresponde à Regulação do Sistema de Saúde - que se refere à normatização da política de saúde no país, envolvendo as funções de planejamento, as regras de financiamento e as ações de controle externo e social. Como segundo objetivo, no nível intermediário encontra-se a Regulação da Atenção à Saúde - correspondendo ao acompanhamento dos cumprimentos normativos da política nacional de saúde, principalmente por meio das ações de programação, controle, avaliação e auditoria. E por fim, o terceiro objetivo que abarca a dimensão da equidade social, a Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde, ou Regulação Assistencial - que busca viabilizar a organização hierarquizada da rede de saúde por meio da definição de processos, fluxos assistenciais e protocolos de regulação, integrando seus pontos de atenção para garantir o acesso adequado às necessidades do usuário e a integralidade do cuidado à saúde, definidos na constituição brasileira (BRASIL, 2008).

A Regulação Assistencial, conforme estabelecida nas normas legais do SUS, desenvolve-se no complexo regulador e nas suas unidades operacionais, por meio da regulação médica, que exerce autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e critérios de priorização (BRASIL, 2008). A política de saúde determina que o ato de regular é uma atribuição legalmente designada aos médicos reguladores, que representam o papel do Estado nesse processo. Contudo a ação regulatória precisa ser exercida em interação com outros atores, uma vez que a oferta e o uso dos recursos assistenciais acontecem fora da dimensão administrativa na qual está inserida a regulação. No conjunto de atores sociais envolvidos na ação regulatória estão os profissionais de saúde – os que solicitam os recursos e os que realizam os atendimentos, os

representantes das organizações que proveem os serviços de saúde – públicos e privados, e os usuários - que demandam pelos serviços de saúde ou seus representantes.

O cenário de desigualdades sociais e econômicas no qual o SUS está inserido impõe desafios para o sistema de saúde. Dentre estes, o desequilíbrio histórico na relação demanda *versus* oferta assistencial da rede e a fragmentação da assistência prestada, motivou a adoção da Regulação Assistencial como parte da estrutura operacional na conformação da Rede de Atenção à Saúde.

Para Cecílio (2012), o *modus operandi* adotado para regular o acesso à saúde no SUS caracteriza-se como regime de regulação governamental. Este regime difere dos demais países que possuem sistemas de saúde universais integrados em rede, que, em sua maioria, organizam o acesso aos serviços especializados por meio da atenção primária, com mecanismos de integração variados entre os níveis assistenciais (UGÁ, 2012).

Muitos estudos empíricos realizados no Brasil e no mundo, desde a década de 80, mostram que os sistemas de saúde com orientação pela atenção primária em saúde apresentam melhores resultados em relação a outros modelos de atenção. Como exemplos cita-se Bindman e colaboradores (1995) e Starfield (1995), os quais relatam evidências sugerindo que as hospitalizações evitáveis estão associadas à falta de atenção primária. Neste mesmo sentido, um estudo retrospectivo de Shear e outros autores (1983) demonstram que os recém-nascidos de mulheres acompanhadas pela atenção primária possuíam maior continuidade clínica e apresentavam maior peso ao nascer. Ademais, em outro estudo de Starfield (1994) observa-se que em 11 países europeus, escandinavos e norte-americanos estudados, aqueles cujos sistemas de saúde são mais orientados para a atenção primária alcançaram melhores resultados em relação ao estado de saúde da população.

Desde sua formulação expressa na CF de 1988, a implementação do SUS vem sendo orientada por uma sequência de normas operacionais e portarias ministeriais, editadas como referências para a execução da política de saúde. Em relação à regulação da saúde, sua incorporação ao sistema de saúde brasileiro aconteceu à época dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), portanto anterior ao SUS, estabelecida por meio de regras de controle para a utilização de serviços de saúde pelos beneficiários. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a expansão da rede de prestadores privados via pagamento por produção de serviços, a necessidade de uma regulação foi ainda mais valorizada, tendo sido implementada através de ações de controle de gastos, imposição de regras e de fluxos normativos (SANTOS; MERHY, 2006).

Com a criação do SUS, o conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde foram sendo reformuladas progressivamente por meio de portarias ministeriais, a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) – que se propunha a garantir o acesso a todos os níveis de atenção, inaugurando o conceito de 'Regulação Assistencial' como a "disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada" (BRASIL, 2002, p.26). Contudo, não se observa uma avaliação dos formuladores das políticas de saúde sobre o processo de implementação dessas normativas no contexto do sistema de saúde brasileiro em igual passo às suas reformulações, o que, no caso específico da Regulação Assistencial, culmina com a publicação da Política Nacional de Regulação, em 2008.

Na sequência de formulações normativas, registra-se a publicação da Política das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em 2010. Tal política oficializa a proposta de organização do sistema de saúde em redes integrais, apesar de muitas outras normas terem sugerido essa intenção anteriormente, estabelecendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora da rede assistencial e coordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção, e definindo a Regulação Assistencial como parte do seu sistema logístico, responsável por promover a integração

dos pontos de atenção à saúde, submetida a uma estrutura de governança única (BRASIL, 2010)¹. Destaca-se, portanto, que normativamente são os serviços básicos de saúde - por conhecer o sujeito na sua singularidade, o contexto local e a oferta de referência dos serviços especializados, corroborando com a literatura internacional sobre o tema, que devem encaminhar os usuários na rede assistencial, priorizando as situações de maior necessidade e risco.

Contudo, os estudos empíricos realizados recentemente no Brasil têm revelado que essas determinações normativas apresentam muitas contradições para serem implementadas. Como exemplos, cita-se Bousquat e outros autores (2017), que evidenciaram a fragilidade da AB em se constituir como porta de entrada e ordenadora da rede em uma região do estado de São Paulo, verificando como situações limitantes a inexistência de fluxos organizados entre a atenção básica e especializada, o funcionamento fragmentado da rede, a ausência de prontuários informatizados e integrados que minimizam a comunicação interprofissional e guias de referência e contrarreferência constituindo-se como instrumentos conservadores e burocráticos que, na prática, não apoiam a organização das redes.

Em outro estudo, Santos e Giovanella (2016) concluíram que a AB assumia um papel de coadjuvante, não de ordenadora da rede, no processo de Regulação Assistencial na região de saúde de Vitória da Conquista, no Sudoeste da Bahia, em decorrência de situações como a contingência na oferta de serviços, a ausência de instrumentos comunicacionais entre os diferentes níveis assistenciais e a fragilidade na organização do trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF). Tais fatores, na percepção dos autores, comprometem a atuação da AB como ordenadora da rede, favorecem a manutenção das relações hierarquizadas entre esta e os serviços especializados e colocam barreiras administrativas no acesso aos serviços de saúde, que burocratizam a continuidade do cuidado e abrem espaço para mecanismos de regulação informais entre profissionais e práticas clientelistas, promovendo iniquidades.

Cecílio e colaboradores (2014, p.51), ao estudarem as narrativas de usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em dois municípios do ABC paulista, são categóricos ao afirmarem que a AB “não reúne condições materiais e simbólicas para funcionar como o centro de comunicação entre os vários pontos que compõem as complexas redes de cuidado”.

Esses estudos empíricos constituem evidências de que as formulações de política no âmbito do SUS, ainda que tenham sido elaboradas com as melhores intenções e alinhamento com os princípios doutrinários constitucionais, têm sido construídas com fundamentação em esquemas normativos que não têm dado conta da complexidade da vida real. Em concordância com Silva (2011), este artigo argumenta que propostas para conformação das RAS no SUS terão chances reduzidas de alcançar o seu propósito de integração e qualificação da assistência se continuarem a adotar modelos prescritivos, sem considerar elementos contextuais e sem adotar estratégias de ação adequadas às características locais para superar problemas específicos.

No caso específico da Regulação Assistencial, observa-se que sua atuação numa lógica centrada em si mesma, sem articulação com a rede e focada no controle de serviços privados contratados, está fadada a administrar filas de espera intermináveis (FARIAS, 2009). Na perspectiva da conformação em rede, é essencial a existência de mecanismos de negociação e pactuação entre os diversos atores envolvidos no processo em

¹ Faz-se importante registrar que a Portaria Ministerial nº 1.559, que instituiu a Política Nacional de Regulação no SUS foi revogada e incluída na Portaria de Consolidação nº 2, em 28 de setembro de 2017, contudo o texto da norma foi transferido para o documento consolidado literalmente igual ao estabelecido na norma original (BRASIL, 2017).

determinado território, uma vez que a interação entre estes é a matéria prima da ação regulatória. Farias (2009), Fleury e Ouverney (2012) defendem que para a Regulação Assistencial atuar como sistema logístico na estrutura operacional da RAS, as equipes gestoras devem ter como premissa a necessidade de criação de espaços permanentes de diálogo entre os profissionais das centrais de regulação e os profissionais que atuam nos diferentes níveis assistenciais da rede de saúde local para construção conjunta de fluxos de acesso, linhas de cuidado e outras estratégias de integração sistêmica que apoiem a produção do acesso aos serviços da rede de forma viva e em ato.

Todos esses elementos elencados sobre a prática da ação regulatória do acesso à saúde na RAS revelam que este não é um processo de fácil condução, de modo que seu desenvolvimento precisa ser permanentemente construído e pactuado, estimulando a interação entre os atores sociais envolvidos e institucionalizando a integração sistêmica em rede. Tais características justificam a caracterização da Regulação Assistencial no âmbito do SUS como uma prática social, bem como a adoção de uma abordagem sociológica para análise e explicação dos elementos que permeiam estas relações sociais e as interferências sobre a sua atribuição de integrar a Rede de Atenção à Saúde.

3.2 Analisando a Regulação Assistencial no SUS como prática social a partir de um referencial sociológico

A Regulação Assistencial no SUS propõe-se a criar condições de resposta adequada e oportuna às necessidades reais por serviços de saúde e equilibrar a demanda de uma população, considerando a oferta assistencial existente no território. Trata-se, pois, de uma estratégia do sistema de saúde que visa atender sobretudo ao princípio da integralidade – que consiste em garantir as ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade assistencial por meio de um contínuo da atenção contemplando o indivíduo no seu contexto social, familiar e cultural, e ao princípio da equidade – traduzido como a justa repartição dos recursos disponíveis por meio de critérios de maior necessidade e risco (SANTOS; MERHY, 2006).

Gawryszewski e outros autores (2012) e Rocha (2012) analisam que esse território onde se estabelece a atuação da Regulação Assistencial é perpassado por problemas estruturais do sistema de saúde que mobiliza fortes interesses, na maioria das vezes conflitantes, envolvendo o Estado, os prestadores de serviços de saúde, os trabalhadores na sua ação cotidiana e os usuários que buscam os serviços, caracterizando um processo social complexo e repleto de tensões. No entanto, contrariamente a esta concepção da Regulação Assistencial como uma prática social, o processo regulatório da saúde implementado no SUS vem se desenvolvendo sob o predomínio da normatividade discricionária.

Ultrapassando o formalismo legal proposto por meio da regulação governamental, Cecílio (2012) defende que o conceito de ‘sistema de saúde’ precisa ser relativizado e que a ação regulatória deve ser entendida como resultado da interação entre múltiplos atores (individuais, coletivos, institucionais ou não) que vão produzindo diversificados regimes de regulação do acesso e consumo dos serviços de saúde. O autor observa a existência de diferentes lógicas de regulação do acesso aos serviços de saúde que perpassam o cotidiano do SUS, desenhando outros fluxos, pontos de conexão e articulação entre os serviços de saúde, representando uma categoria analítica de inspiração sociológica, por sua ênfase no reconhecimento de relações sociais sincrônicas passíveis de serem descritas e estudadas.

Em seus estudos empíricos, Cecílio (2012, 2014) descreve quatro tipos de lógicas regulatórias convivendo de forma concomitante no sistema de saúde: governamental, profissional, clientelístico e leigo. O regime de regulação governamental, via complexos reguladores, é produzido com base no arsenal normativo do SUS, tem na figura do gestor o regulador principal, representado pelos médicos reguladores, responsáveis por garantir os princípios da política de saúde. O regime de regulação profissional é realizado pelos trabalhadores de saúde, via contatos pessoais, relações de conhecimento e confiança, produzindo novos fluxos de pacientes conforme as circunstâncias. O regime de regulação clientelístico é fruto do protagonismo dos atores políticos - cargos eletivos, representantes de entidades de classe ou conselheiros de saúde, cuja moeda de troca é a conquista do apoio em processos eleitorais variados, reduzindo os cidadãos e seus direitos a potenciais eleitores a serem favorecidos por benesses das classes políticas. Já o regime de regulação leiga é construído pelos próprios usuários para driblar a impessoalidade do regime governamental (CECÍLIO et al., 2014).

Essa característica faz com que a Regulação Assistencial no SUS seja um processo em permanente construção, e por isso, permanentemente instituinte (CECÍLIO, 2012). A Regulação Assistencial no SUS, sob essa forma de análise, mais que uma atividade burocrático-administrativa-gerencial de competência governamental, configura-se como uma produção social conformada pelo cruzamento de diferentes lógicas ou modelos de regulação, o que resulta numa complexa trama de interações, complementaridades, conflitos e constrangimentos.

Tal descrição dos regimes de regulação, delimitados por Cecílio, corrobora com a perspectiva de análise da ação regulatória enquanto prática social e endossa a possibilidade de diferentes perspectivas de análise da rede assistencial no SUS, considerando as características observáveis pelo coletivo de atores que vivenciam o cotidiano dos serviços de saúde, em contextos locais específicos.

No escopo de referenciais teóricos, no campo da sociologia, a teoria da estruturação, desenvolvida pelo sociólogo inglês Anthony Giddens, surgiu como uma nova abordagem entre as teorias sociais vigentes até a década de 1960, buscando superar a dicotomia entre ação-estrutura, dominantes nas explicações sobre processos da vida social até então. A teoria proposta por Giddens adota a premissa fundamental de que a ordem social não pode ser considerada apenas como um elemento externo que se impõe ao agente da ação, mas deve ser compreendida como o resultado de habilidades cognitivas e práticas complexas (1979; 1989). Uma “ontologia radicalmente processual” da vida social está na ideia central da teoria da estruturação, na qual o autor fundamenta que a existência em sociedade só pode ser compreendida a partir da sua contingência histórica (GIDDENS, 1989, p. 7), ressaltando a relevância do contexto e do caráter processual das atividades humanas.

Outro fundamento importante da teoria da estruturação está na compreensão de que as ciências sociais se ocupam de situações que são previamente interpretadas pelos atores humanos que realizam a ação de modo que, os significados que estes agentes fazem sobre sua prática, além de terem um caráter (inter)subjetivo, são fatores centrais na contextualização de tais práticas, produzidas em sistemas sociais que se reproduzem e se transformam (GIDDENS, 1979; 1989; PETERS, 2017).

Tais concepções são convergentes com a análise empírica de Cecílio (2012) para construção das tipologias de regulação da saúde no SUS, ainda que o autor não tenha assumido essa corrente teórica, sua pesquisa ao se ocupar da ação humana, interessada e situada em contextos históricos-sociais, que impõe restrições e possibilidades no acesso ao sistema de saúde, converge com a concepção processual de Giddens sobre as práticas sociais. Os estudos de Cecílio destacam o agir dos diversos atores sociais envolvidos no

contexto, incluindo e resgatando do anonimato a atuação dos usuários nesse processo, como sujeitos com subjetividades, capacidades e conhecimentos que interagem entre si e produzem lógicas diversas para acessar e consumir os recursos assistenciais na rede de saúde (CECÍLIO, 2012).

Sob a ótica da teoria da estruturação (GIDDENS, 1979, 1989), a análise das práticas sociais requer a interpretação das regras e recursos disponíveis em uma determinada estrutura social, que contextualizam a ação humana e habilitam o agente na sua conduta rotineiramente. Tais regras e recursos descritos na produção da ação humana constituem-se, também, como os meios de reprodução do sistema social, configurando o que Giddens denomina como ‘dualidade da estrutura’. Assim, a estrutura pode atuar tanto para constranger, quanto para facilitar a ação, sendo uma das tarefas da teoria social estudar as propriedades existentes na estrutura de um sistema social que produzem constrangimentos ou possibilidades para o desempenho organizacional desta ação.

Adotando-se a teoria da estruturação como referencial potente para analisar a Regulação Assistencial produzida no SUS, tomando-a como uma prática social, faz-se necessário compreender a concepção giddensiana sobre dualidade da estrutura, ancorada nos conceitos de ‘agente’ e ‘agência’, ‘sistema’ e ‘estrutura’ e ‘estruturação’, relacionando-os em seguida com os elementos passíveis de observação empírica na ação regulatória.

Assim, na definição de Giddens, “ser um agente é ser capaz de exibir (cronicamente, no fluxo da vida cotidiana) uma gama de poderes causais, incluindo o de influenciar os manifestados por outros” (1989, p.17). Um ator é o ‘agente’ da ação, com capacidade de exercer algum tipo de poder para ‘fazer uma diferença’ em relação a uma dada situação, por meio dos recursos que dispõe para realizar a ação. Pela sua condição humana é capaz de refletir sobre o que faz, enquanto o faz, e de modo contínuo no contexto da atividade social que realiza, ainda que os resultados alcançados não sejam esperados.

A ‘agência’ é, portanto, a ação humana orientada, representando a capacidade que o ator possui para fazer coisas, e vai além das suas intenções. Giddens (1979, p. 65) descreve a ação humana como um “fluxo contínuo de conduta” que são influenciadas por circunstâncias estruturais produzidas pela história. O autor se refere ao contexto em que a ação acontece, em relação ao espaço e ao tempo que as envolvem, enfatizando que toda forma de ação social sofre a influência de dimensões culturais, que não podem ser negligenciadas numa análise explicativa.

A partir dos conceitos de agente e agência presentes na teoria da estruturação, Giddens (GIDDENS, 1979, 1989) explica que um ‘sistema’ envolve as relações sociais produzidas entre atores ou grupos no fluxo do tempo, compondo um conjunto de interações sociais. Essas interações podem se conformar em padrões de relação social na medida em que se organizem recursivamente num determinado sistema, produzido e reproduzido ao longo do tempo. Já a ‘estrutura’ é compreendida pelas regras e recursos que configuram as propriedades de um sistema social e pode constranger ou potencializar a ação dos agentes. Essas “regras e recursos esboçados na produção e reprodução da ação social são, ao mesmo tempo, os meios de reprodução do sistema”, caracterizando o que o autor chama de dualidade da estrutura (GIDDENS, 1989, p. 22).

De acordo com a teoria da estruturação, as regras e recursos observáveis na estrutura, se aplicados recursivamente pelos atores em interação nos sistemas sociais, compõem uma padronização ou uma transformação das relações sociais longitudinalmente à relação tempo-espaço (O’DWYER, 2015). Para Giddens (1979) as práticas sociais reproduzidas de forma mais duradoura ao longo do contexto histórico se configuram como instituições. O que significa dizer que, para a teoria da estruturação, as instituições representam a

padronização de um modo de comportamento na vida social, reconhecidas pela maioria dos membros de uma coletividade, através da sua reconstituição crônica ao longo do tempo e do espaço. Essa característica explica a institucionalização de regras e condutas da ação humana, observáveis nas práticas sociais em diversos setores da sociedade.

Peters (2017) explica que as ações humanas acontecem sob orientação das propriedades estruturais em que ocorrem, esboçadas na forma de regras e recursos, e ao mesmo tempo tais propriedades são reproduzidas por meio das ações humanas – caracterizando o que Giddens chama de “produção e reprodução” do sistema social. Com isso, Giddens afirma que até mesmo as mudanças sociais ocorrem ancoradas em elementos do passado (GIDDENS, 1989; PETERS, 2017; RODRIGUES, 2008), destacando a necessidade de compreender como atores sociais pensam o tempo e o espaço em que estão envolvidos e como articulam esse conhecimento com sua prática, para entender os processos de padronização em um determinado sistema social, bem como os constrangimentos e possibilidades que produzem sob a ação humana.

A ‘estruturação’ significa os padrões observáveis na forma como um determinado sistema social é produzido e reproduzido na interação dos atores envolvidos, que se apoiam em regras e recursos no contexto específico da ação em estudo. Estes padrões representam as condições que regem a continuidade ou a transformação de estruturas e, portanto, a estruturação deste sistema. A mútua relação entre estrutura e sistema compõe o conceito de dualidade da estrutura, na qual as propriedades estruturais dos sistemas sociais são tanto os meios quanto o resultado das práticas que constituem tal sistema (GIDDENS, 1989).

Destarte, relacionando os postulados da teoria da estruturação com os elementos passíveis de observação empírica na Regulação Assistencial, tomando-a como uma produção social, é possível afirmar que a ação regulatória caracteriza-se por procedimentos, métodos ou técnicas hábeis executadas conscientemente por agentes sociais utilizando-se regras e recursos. De acordo com a teoria da estruturação, no aspecto normativo, as regras podem ser observadas, por exemplo, por meio das portarias, decretos e contratos estabelecidos na política de saúde. No aspecto semântico, as regras referem-se ao significado qualitativo e processual das práticas adotadas em determinado contexto, associadas com o seu desempenho, construídas coletivamente e reconhecidas como saber técnico especializado da área da saúde (GIDDENS, 1989).

Observa-se, com base no aporte teórico e nos resultados de estudos empíricos, que as regras não são estáticas e, por si só, não determinam a ação dos agentes sociais. Contudo, elas são interpretadas por estes e alteradas durante a interação entre os diversos atores envolvidos, que agem com base em subjetivações produzidas sob determinado contexto, de acordo com seus conhecimentos e objetivos na rede, e isso contribui para a mudança na sua aplicação (KLIJN et al., 1995). Por outro lado, as regras geralmente são envolvidas por um processo de contestação, de modo que, embora sejam adotadas para proporcionar ordem e minimizar as incertezas, deve-se reconhecer que sua institucionalização é um processo repleto de contradições e ambiguidades (DIMAGGIO; POWELL, 1991). A capacidade de agência dos atores sociais sobre as regras é passível de análise na ação regulatória do acesso aos serviços de saúde, assim como sua influência sobre a integração da rede assistencial.

Os recursos são observados na RAS como recursos assistenciais de saúde e são mobilizados por meio de facilidades, que representam as bases de poder a que o agente tem acesso e que ele manipula para influenciar a interação com o outro. De acordo com a teoria da estruturação, os recursos via autorização são mobilizados por meio de capacidades que geram o comando sobre as outras pessoas – tais como posicionamento social, função

hierárquica e relação entre atores. E os recursos via atribuição são viabilizados através de capacidades sobre os objetos materiais – como a disponibilidades sobre a produção de serviços de saúde na rede assistencial (GIDDENS, 1989).

A estruturação pode ser analisada na ação regulatória a partir da relação entre as práticas sociais produzidas pelos agentes e as características estruturais do sistema social, observáveis na rede assistencial e categorizadas em três padrões de estruturação - significação, dominação e legitimação. As relações sociais entre os atores reproduzem estes padrões, rotineiramente, na interação com outros atores da rede, fazendo com que as propriedades estruturais repercutam ao longo do tempo (GIDDENS, 1979; 1989). Na significação, a interação se apoia na comunicação, por meio da qual os agentes mobilizam seus esquemas de conhecimento técnico especializado, analisados através das regras semânticas. Por meio da legitimação, a interação entre os agentes se fundamenta nas sanções de normas, observadas nas regras normativas. Na dominação, a interação entre os agentes se expressa através do exercício de poder enquanto capacidade para mobilização dos recursos necessários à ação regulatória.

Contudo, há que se ressaltar que esta tipificação é apenas didática, uma vez que as práticas sociais expressam, conjuntamente, elementos de todas as modalidades de estruturação, combinados de diferentes maneiras. Giddens (1979) afirma que nenhuma prática social pode ser explicada por uma única regra ou tipo de recurso, uma vez que cada contexto situa tais práticas em um conjunto imbricado de regras e recursos, que quando analisados expressam a totalidade do sistema social onde estão inseridos.

Desse modo, analisar as regras envolvidas em determinada prática social contribui para compreender a aplicação e o desempenho das ações realizadas no processo, assim como, analisar os recursos associados facilita o entendimento sobre o poder que os agentes envolvidos mobilizam para realizar uma ação. Essa descrição dos elementos presentes nos padrões de estruturação explicita porque a estrutura é simultaneamente restritiva e facilitadora. Giddens defende que dificilmente a coerção da estrutura sobre o agente humano pode ser total, reforçando que a estrutura é sempre o meio e o resultado da conduta que ela própria organiza.

Na dimensão do sistema social, compreende-se que as características dos diversos atores envolvidos na rede assistencial também representam elementos passíveis de observação e análise, sejam esses indivíduos ou organizações, uma vez que esses agentes são interdependentes e precisam interagir para alcançar os seus interesses. Essas interações contínuas estabelecem relações sociais, que requerem diferentes habilidades dos atores – comunicativa, de poder ou de sanção, considerando a diversidade de situações possíveis de acontecer em cada relação.

Esta breve revisão dos postulados da teoria da estruturação descreve a utilidade dos seus fundamentos para compreensão dos estudos sobre Regulação Assistencial. Isso porque a ação regulatória é uma prática social, que se sustenta essencialmente na ação humana em interação, envolvendo um conjunto diversificado de atores, embasada por regras – expressas em normas legais, conhecimento técnico e por esquemas interpretativos negociados e comunicados entre os envolvidos, por meio da mobilização de recursos assistenciais disponíveis no território – distribuídos nos serviços de complexidades diferentes, facilitados ou não de acordo com a capacidade dos agentes. Por meio da análise empírica sob a lente da teoria da estruturação, é possível compreender que a conduta dos atores na ação regulatória poderá ser moldada por situações de oportunidades e constrangimentos conferidas pela estrutura social em que a rede assistencial de saúde esteja inserida.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sob o aspecto organizacional, a RAS compõe um sistema social sobre a qual está assentada a assistência à saúde no âmbito do SUS. As unidades assistenciais de saúde - os postos de saúde, clínicas especializadas, unidades de pronto atendimento e hospitais, integram a rede física de serviços. A relação entre esses atores, e destes com os usuários, é mediada pela Regulação Assistencial, que tem a função de integrar sistemicamente o conjunto de pontos assistenciais de saúde, fazendo com que o usuário caminhe na rede de forma contínua ao longo de uma linha de cuidado.

Estudar a implementação da RAS no SUS, sob à ótica da teoria da estruturação, permite a análise da atuação da Regulação Assistencial e da sua capacidade de integração da rede como um processo político e social e não apenas organizacional. A ação regulatória, nessa perspectiva analítica, é reconhecida como mecanismo de integração sistêmica entre os atores sociais envolvidos na mobilização de regras e recursos assistenciais, cujo objetivo é viabilizar o acesso adequado e oportuno ao usuário do SUS. Observa-se que a implementação cotidiana da rede assistencial de saúde não ocorre de forma ideal e como qualquer produção social envolve constrangimentos e facilidades, cujas características e contexto permitem a compreensão dos padrões de estruturação que orientam as interações produzidas na ação regulatória, na perspectiva de conformação da RAS.

Esse tipo de análise permite compreender que a prescrição normativa não é suficiente para solucionar os problemas vivenciados no cotidiano dos serviços de saúde no SUS, fazendo com que os profissionais da saúde precisem estar apropriados das condições necessárias para atender às demandas da população usuária, integrando-se à dinâmica da rede assistencial na construção de processos de regulação do acesso adequadas às especificidades locais.

Conclui-se, portanto, que a teoria da estruturação fornece ferramentas analíticas robustas para a explicação dos fenômenos sociais no campo da saúde, uma vez que possibilita o reconhecimento do agente, enquanto sujeito reflexivo e dotado de capacidade de transformação, e da sua prática contextualizada pelo ambiente onde se desenvolve a interação com os outros atores e com os elementos da estrutura social. Contudo, observa-se na revisão de literatura que esse aporte teórico tem sido pouco utilizado nesta área, até o momento. De modo que este artigo abre possibilidades de apropriação dos seus postulados e conceitos para análises mais ampliadas sobre a Regulação Assistencial e outros fenômenos do SUS.

Artigo submetido para avaliação em 15/10/2020 e aceito para publicação em 13/01/2021

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 286-298, 2010.

BINDMAN, AB et al. Preventable hospitalizations and access to health care. **Jama**, v. 274, n. 4, p. 305-311, 1995.

BOUSQUAT, Aylene et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.1.559, de 1 de agosto de 2008**. Política Nacional Regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação/MS n. 02, de 28 de Setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

CASTELLS, Manuel. A sociedade em rede. **A era da Informação: Economia. Sociedade e Cultura**, v. 1, p. 5, 1999.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos" mais do mesmo". **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 280-289, 2012.

CECILIO, Luiz Carlos De Oliveira; CARAPINHEIRO, Graça; ANDREAZZA, Rosemarie. Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde. In: **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde.**, 2014.

FARIAS, Ana Cristina Bortolasse de; BARBIERI, Ana Rita. Seguimento do câncer de colo de útero: estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, 2016.

FARIAS, Sidney Feitoza et al. **Interesse estruturais na regulação da assistência médico hospitalar do SUS**. 2009. Tese de Doutorado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. **Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa**, v. 11, n. 2-3, p. 74-83, 2012.

GAMARRA, Tatiana Pereira das Neves; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Regulação em Saúde e epistemologia política: contribuições da ciência pós-normal para enfrentar as incertezas. **Organizações & Sociedade**, v. 22, n. 74, p. 405-422, 2015.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 119-140, 2012.

GIDDENS, Anthony. **Central problems in social theory: Action, structure, and contradiction in social analysis**. Univ of California Press, 1979.

GIDDENS, Anthony. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

KLIJN, Erik-Hans; KOPPENJAN, Joop; TERMEER, Katrien. Managing networks in the public sector: a theoretical study of management strategies in policy networks. **Public administration**, v. 73, n. 3, p. 437-454, 1995.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Lígia. Sistemas de saúde: origens componentes e dinâmica. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2008. p. 89-120.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

O'DWYER, Gisele. **Estudos de Políticas e a Teoria da Estruturação de Giddens**. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. 2015. p. 173

OLIVEIRA, Robson Rocha de; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regulação em Saúde. In: IBAÑES, Nelson; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon; SEIXAS, Paulo Henrique D'Ángelo(Org.). **Política e Gestão Pública em Saúde** São Paulo: Hucitec Editora. 2011, p.204-218.

PETERS, Gabriel. Anthony Giddens: a dualidade da estrutura. In: SELL, C.E.; MARTINS, C.B. **Teoria Sociológica contemporânea: autores e perspectivas**. São Paulo, Annablume, 2017.

ROCHA, Paula França. **A implantação do Complexo Regulador Interestadual Bahia/Pernambuco e as possibilidades de integração com a Auditoria do SUS**. Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação, VI Curso de Especialização em Auditoria de Sistema e Serviços de Saúde. Escola de Enfermagem - UFBA. Salvador - BA. 2012.

RODRIGUES, Andrea Leite. Tensões entre econômico e social: uma proposta de análise à luz da teoria da estruturação. **Revista de Administração de Empresas**, v. 48, n. 2, p. 37-50, 2008.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00172214, 2016.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 25-41, 2006.

SANTOS, Lenir. **Articulação federativa e contrato de ação pública no SUS**, 2011. Disponível em <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/06/15/articulacao-federativa-e-contrato-de-acao-publica-no-sus/>>.

SHEAR, Charles L. et al. Provider continuity and quality of medical care. A retrospective analysis of prenatal and perinatal outcome. **Medical care**, v. 21, n. 12, p. 1204-1210, 1983.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2753-2762, 2011.

STARFIELD, Barbara. Is primary care essential?. **The lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.

STARFIELD, Barbara. Access—perceived or real, and to what?. **JAMA**, v. 274, n. 4, p. 346-347, 1995.

UGÁ, Maria Alícia Dominguez. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde-a experiência internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3437-3445, 2012.