Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**A organização de processos regulatórios na
gestão municipal de saúde e suas implicações
no acesso aos serviços: um estudo de caso do
município de Guarulhos**

Elaine Maria Giannotti

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências.**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública**

**Orientadora: Laura Camargo Macruz
Feuerwerker**

São Paulo
2013

**A organização de processos regulatórios na
gestão municipal de saúde e suas implicações
no acesso aos serviços: um estudo de caso do
município de Guarulhos**

Elaine Maria Giannotti

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Ciências.**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública**

**Orientadora: Laura Camargo Macruz
Feuerwerker**

**São Paulo
2013**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

Ofereço esse trabalho aos trabalhadores do SUS, que enfrentam diariamente imensos desafios na construção coletiva da atenção integral à saúde para população, com equidade no acesso aos serviços.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Dina, ao meu pai Arnaldo (in memoriam), minha eterna gratidão.

Ao Francisco Troccoli, querido companheiro de todos os momentos, meu maior incentivador no percurso deste trabalho, da minha profissão e da minha vida.

Aos meus filhos, Luiza e Tiago, pelo carinho e compreensão nos momentos em que tive que ficar afastada de vocês me dedicando ao trabalho. Sei que esses momentos não foram poucos...

À equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos; em especial ao Secretário Carlos Derman, que me abriu as portas da secretaria para realização deste estudo, à Viviane Haddad, pela colaboração e sugestões sempre pertinentes, à Elisabete Reis, pela dedicação e carinho e aos técnicos que gentilmente se prontificaram a colaborar com esse trabalho.

Aos amigos Márcia Tubone, Floriano e Cleide, pela compreensão nos momentos em que tive que me ausentar do COSEMS/SP.

Ao Edison, que me auxiliou nas transcrições das entrevistas e com comentários sobre sua percepção de “fora do SUS”.

À Marília Louvison, pelos anos de troca de ideias e experiências nas andanças pela implantação da regulação no SUS e por suas sugestões nesta dissertação.

Aos membros da banca examinadora e de qualificação pelos inestimáveis ensinamentos. Professores Áquilas Mendes e Luis Cecílio - o aprendizado proporcionado em suas disciplinas foi imprescindível para as reflexões encontradas neste trabalho. Arthur Chioro - agradeço as sugestões, o carinho e sua disponibilidade.

Por fim, à minha orientadora Laura Feuerwerker, que me acolheu, orientou e esteve presente em todas as etapas da elaboração desta dissertação.

RESUMO

GIANNOTTI, E.M. A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos. (Dissertação). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.

Esta dissertação se propõe a produzir uma reflexão sobre as implicações da macropolítica nacional e da micropolítica local na organização de processos regulatórios no âmbito municipal. Para análise dos aspectos da macropolítica que interferem nos processos regulatórios municipais foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema. Para compreender os processos da micropolítica que envolvem a regulação foi utilizada a metodologia de casos traçadores, na qual foram selecionados dois casos envolvendo serviços de saúde do município e a intermediação do Complexo Regulador. Foram realizadas entrevistas com profissionais e os usuários envolvidos explorando as situações vividas e analisando os seus percursos pelo sistema. A partir desse material foi realizada uma análise da construção e implantação dos processos regulatórios em saúde no município de Guarulhos e suas implicações na organização da rede de serviços, no acesso da população aos serviços e na gestão do cuidado. Observou-se a necessidade de ampliar o diálogo entre a regulação, outros serviços e profissionais da rede no campo da micropolítica das organizações e da produção do cuidado. Reconhecer que a organização da assistência é produto da interação entre os atores sociais e políticos envolvidos no ato do cuidado é um importante passo na busca da integralidade. Para ampliar a possibilidade de resposta às necessidades do usuário é necessário buscar dispositivos de cogestão que propiciem espaços permanentes de diálogo e identifiquem potencialidades para novos arranjos.

Palavras-chave: regulação em saúde, gestão em saúde, trabalho, cuidado em saúde, integralidade.

ABSTRACT

GIANNOTTI, E.M. The organization of regulatory processes in municipal health management and implications in accessing services: a case study in Guarulhos. (Dissertation). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2013.

This dissertation aims to produce a reflection on the implications of the national macropolitics and local micropolitics on the organization of regulatory processes at municipal level. For analysis of the macropolitics aspects that interfere in municipal regulatory processes, a literature review of the topic was conducted. To understand the processes that involve micropolitics and regulatory processes the methodology of adjustment was used in selected cases, which were selected in two cases involving the municipal health services and intermediation of the *Complexo Regulador*. Interviews were conducted with professionals and users involved exploring the lived situations and analyzing their paths through the health system. From this material, an analysis of the construction and implementation of the regulatory processes in health was performed in the city of Guarulhos and its implications for the organization of the network services, the population's access to healthcare services and care management. There is a need to expand the dialogue between the regulation, other healthcare services and network professionals, organizations and care production in the field of micropolitics. Recognize that the organization of care is the product of the interaction between social and political actors involved in the act of care is an important step towards integrality. To enlarge the ability to meet the needs of the user is necessary to seek co-management devices that provide permanent spaces for dialogue and identify potential new arrangements.

Keywords: health regulation, health management, labor, health care, integrality.

SUMÁRIO

I. Apresentação	11
II. Regulação como Mecanismo de Garantia de Direitos Sociais: a regulação estatal e o mercado	16
a. A Concepção de Saúde e Doença e o Consumo de Serviços de Saúde	24
III. Regulação em saúde: aspectos conceituais	35
a. Sobre o processo de construção das ações regulatórias em saúde no Brasil.....	38
IV. Metodologia	45
V. O município	48
a. O complexo regulador	55
b. Os espaços de encontro	58
VI. Os casos	61
VII. A regulação e a rede de serviços	66
a. A contribuição da regulação na construção do modelo de atenção à saúde.....	66
b. A regulação e a gestão do cuidado	87
c. A implantação de protocolos de acesso	100
d. A dinâmica do trabalho em saúde e sua influencia nos serviços de saúde e na regulação.....	106
VIII.Considerações Finais	119
IX. Referências Bibliográficas	124

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
BK	Bacilo de Koch
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAPD	Centro de Atendimento à Pessoa com Deficiência
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEMEG	Centro de Especialidades Médicas de Guarulhos
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CEP	Centro de Estimulação Precoce
CEREST	Centro de Referência à Saúde do Trabalhador
CG REDE	Comitê Gestor de Redes
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica
CRA	Central de Regulação Ambulatorial
CRH	Central de Regulação Hospitalar
CROSS	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
CRU	Central de Regulação de Urgência
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
HGG	Hospital Geral de Guarulhos
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde

NOAS	Norma Operacional de Assistência á Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan - Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES SP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de informação Hospitalar
SISREG	Sistema de Regulação
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

I – APRESENTAÇÃO

As vivências acumuladas ao longo de anos de trabalho em gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) me levaram a algumas reflexões e me instigaram a uma sistematização e busca de referenciais teóricos para compreender alguns processos e qualificar minha prática. Assim, me vejo como uma profissional que atua tanto na área da gestão e como na prática em saúde e me coloco no papel de quem recorre à teoria para melhor compreender e qualificar sua prática.

Apesar de ter iniciado minha atuação profissional no SUS no âmbito da assistência, há alguns anos tenho me dedicado ao campo da gestão. Inicialmente na Secretaria de Estado da Saúde, na área de planejamento. Depois na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, na recém-criada Gerência de Regulação da Assistência; posteriormente no Departamento de Regulação, Avaliação e Controle da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Em 2007, assumi a direção do Departamento de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos. Naquele momento, o Departamento era responsável por organizar seis áreas: Regulação, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Transporte Sanitário, Auditoria, Avaliação/Controle e Ouvidoria. Nesse período foram organizadas a Ouvidoria Municipal da Saúde e as Centrais de Regulação Ambulatorial e de Urgência. As outras áreas já existiam e passaram a atuar de forma integrada às demais e ao planejamento do município.

Quando cheguei à Guarulhos, por mais incrível que possa parecer numa cidade de mais de 1 milhão de habitantes, achei o município pequeno. É evidente que tinha clareza de que se tratava de uma das maiores cidades brasileiras, mas comparativamente às minhas vivências anteriores, aquele contexto me pareceu mais possível de ser apreendido.

Apesar de extremamente complexo e desafiador, lá eu conseguia localizar, sem precisar recorrer a nenhum sistema informatizado, as

principais ofertas de serviço de saúde, suas áreas e unidades de abrangência. Cheguei a conhecer quase todos os gerentes dos serviços e uma parte das equipes das unidades. Pude percorrer o território nas plenárias de orçamento participativo e ouvir as necessidades apontadas pelos cidadãos.

Tudo isso era novo para mim, acostumada a enormes organizações que impossibilitavam uma aproximação com o cotidiano da produção do cuidado e das necessidades em saúde. No município de São Paulo, esse processo se dava nos distritos de saúde, não no “nível central”, e na Secretaria de Estado e Ministério da Saúde, essa aproximação era impensável. Esse contexto foi absolutamente instigante para mim, pois pude observar aspectos da micropolítica das organizações e das relações interpessoais que me passavam despercebidos nos espaços anteriores.

Durante esse período em Guarulhos, a equipe do Departamento e eu estivemos envolvidos nos conflitos de interesses e disputas entre prestadores, gestor estadual, técnicos da rede e do complexo regulador, usuários, conselho de saúde, vereadores e associações de profissionais. Considero o conflito inerente ao trabalho em saúde e ao processo regulatório. Acredito que as estratégias adotadas, que incluíam o enfrentamento destes conflitos por meio de reuniões com funcionários, colegiados com gerentes e gestores, construção de fóruns de pactuação - como a “mesa de pactuação hospitalar” -, participação no Conselho Municipal de Saúde e uma agenda aberta para receber o poder legislativo, favoreceram a implantação da regulação no município.

A estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde que contempla um departamento que integra as áreas de Regulação Assistencial, Avaliação e Controle, Auditoria, SAMU, Transporte Sanitário e Ouvidoria também favoreceu a organização de uma regulação do acesso integrada às demais áreas que conformam a Regulação da Atenção. As dificuldades relacionadas à escassez de recursos, insuficiência de profissionais, além da incipiente integração da rede assistencial, também

fizeram parte deste contexto - o que não é diferente do que se observa nas demais secretarias de saúde deste país.

A vivência nesse período me estimulou a algumas reflexões sobre a necessidade da equipe do Complexo Regulador estar permanentemente em contato com as unidades de saúde para operar ações regulatórias. Em Guarulhos era possível compartilhar com a rede de serviços (não sem conflitos) a construção das diretrizes para a regulação, mas naquele momento não sabíamos exatamente como fazer isso.

Percebíamos como necessidade imperiosa que as estratégias fossem sempre discutidas e pactuadas com a rede de serviços. Para isso foram construídos alguns espaços de encontros, tais como a mesa de pactuação hospitalar, reuniões com os gerentes de hospitais, com os diretores de distritos de saúde e encontros com gerentes de unidades básicas de cada região.

Esse era um processo árduo para a equipe de regulação: espaços de disputas e muitos encontros para se chegar a algum consenso, quando se chegava... Mas, mesmo havendo todo esse processo participativo com as equipes de dirigentes, essa estratégia se mostrou insuficiente para garantir a implantação das ações pretendidas, pois também as equipes de saúde tinham que estar envolvidas no processo.

A questão era: como envolver todos os profissionais de quase uma centena de serviços que existiam no município? Achamos que os profissionais da recepção das unidades eram estratégicos e organizamos reuniões periódicas com eles para trocar experiências e adequar as estratégias. Essas reuniões, que permanecem até hoje, foram e são muito importantes para garantir maior proximidade da equipe de regulação com a rede de serviços. Apesar de todo o investimento em propiciar maior participação no processo de construção da regulação no município, sentíamos que faltavam alguns instrumentais para lidarmos com esses coletivos.

A minha saída da Secretaria e a possibilidade de voltar, após 4 anos, já com certo distanciamento, e analisar as implicações deste arranjo e

dessas estratégias para construção da regulação e do modelo de atenção é uma das motivações para este projeto.

Optei por buscar na micropolítica as respostas para algumas dessas questões, daí ter utilizado os referenciais teóricos de Emerson Merhy, Laura Feuerwerker, Luis Cecílio, Gastão Wagner, Foucault dentre outros autores. Compreender também como a regulação influencia e é influenciada pelo modelo de atenção e pela concepção de saúde e doença também foram questões importantes que me levaram a recorrer a autores como Canguilhem, Sandra Capone, Ricardo Ayres, Dejours, dentre outros.

Havia também outro campo de reflexões acerca da influência de aspectos da macropolítica da construção do SUS, particularmente no que se refere às ações de regulação. Precisei compreender melhor a questão do subfinanciamento do SUS, da influência do mercado e das políticas neoliberais no contexto das políticas federais e municipais de saúde. Para essa tarefa busquei autores como Áquilas Mendes, Rosa Marques, Aldaíza Sposati, dentre outros.

Para atingir esses objetos, antes de voltar a Guarulhos, foi necessário compreender alguns aspectos da macropolítica que interferem sensivelmente dos processos regulatórios municipais. Tive que fazer um percurso bibliográfico sobre o papel da regulação como mecanismo de garantia de direitos sociais, os limites das ações regulatórias de Estado diante das disputas mercadológicas e o quanto a concepção do processo saúde e doença pode influenciar o consumo de serviços de saúde. Foi necessário também revisar os conceitos colocados por alguns autores sobre o que é regulação e fazer um breve histórico de como se deu a construção das ações regulatórias em saúde no Brasil. Esse percurso, que antecedeu o trabalho de campo e o estudo de caso, me ajudou compreender os processos da micropolítica que envolvem a regulação do município de Guarulhos. Esses aspectos estão presentes nos capítulos II e III dessa dissertação. As reflexões decorrentes do estudo de caso estão presentes nos capítulos subsequentes.

Com base no que pude apreender das entrevistas realizadas para este estudo, outras questões se colocaram como importantes: como os mecanismos utilizados pelos trabalhadores para se adaptarem às tarefas colocadas pela gestão e as dificuldades no envolvimento das equipes nos processos de trabalho.

Foram intensas idas e vindas entre as questões colocadas por mim e pela equipe de regulação do município no período em que estava lá e as questões que foram formuladas depois, a partir do percurso deste trabalho.

Assim, este estudo se propõe a produzir uma reflexão sobre as implicações das políticas nacionais e municipais e da micropolítica local, na organização de processos regulatórios no âmbito municipal. O estudo tem, então, como objetivo uma análise da construção e implantação dos processos regulatórios em saúde no município de Guarulhos e suas implicações na organização da rede de serviços, no acesso da população aos serviços de saúde e na gestão do cuidado.

Nesse sentido, o propósito é identificar a estruturação e formas de operacionalização dos processos regulatórios na Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos. Além disso, buscar analisar os tipos de tecnologias utilizadas pela SMS no manejo da regulação em saúde e sua implicação na melhoria do acesso aos serviços e verificar em que medida a regulação pode contribuir para a conformação de redes integradas de atenção à saúde e para produção do cuidado.

II - REGULAÇÃO COMO MECANISMO DE GARANTIA DE DIREITOS SOCIAIS – a regulação estatal e o mercado

Foi na perspectiva de atingir um padrão de proteção social que se garantiu a universalização da saúde pública no Brasil, a partir da Constituição de 88. Porém este padrão desenvolveu-se de forma tardia em relação aos países centrais, já que desde os anos 90 o capitalismo mundial não era mais comandado pelo capital baseado na produção industrial e no pleno emprego, mas sim pelo capital financeiro, que impôs outra dinâmica para as relações econômicas e sociais. O domínio do capital financeiro, ou capital “especulativo parasitário”, conforme definem Carcanholo e Nakatani (1999, p.2), teve grande impacto sobre o arranjo da proteção social conhecida como Estado de Bem-Estar Social e sobre a relação capital e trabalho.

Após a II Guerra Mundial, foi assinado o acordo de Bretton Woods, que estabeleceu regras para os relacionamentos comerciais e financeiros entre os países industrializados – fundamental para recolocar no jogo uma Europa destruída, parceira indispensável para a reativação do capitalismo mundial. Daí até o início da década de 1970 configurou-se a chamada era dourada do capitalismo.

E foi nesse período que, na Europa Ocidental, vigorou o chamado “Estado de Bem-Estar Social”, em que, numa tentativa de produção de “uma união nacional”, o Estado atuava no sentido de atenuar os efeitos das desigualdades sociais por meio de políticas públicas – de educação, saúde, moradia, transporte etc. Na Inglaterra esse movimento foi inaugurado a partir do Plano Beveridge, que serviu de modelo a vários países (CASTEL, 2005).

Esse foi um período de intensa acumulação e de mudanças na dinâmica do capitalismo mundial, havendo importante fortalecimento do capital financeiro. Por isso mesmo, a partir da década de 1970, observa-se o rompimento do acordo de Bretton Woods, a desregulamentação do sistema financeiro mundial e a elevação das taxas de juros.

Todos os países industrializados se beneficiaram das taxas de juros elevadas e da desregulamentação das operações financeiras. No entanto, as ações especulativas (que possibilitam alto ganho, mas efetivadas sem lastro) levaram a uma crise. Crise que vem sendo enfrentada de acordo com o modelo neoliberal de enxugamento das despesas públicas – com base na privatização de serviços públicos - e desemprego. Tudo isso vem provocando um abalo significativo no padrão de proteção social desses países.

Sposati (2002) caracteriza o Brasil e outros países latino-americanos como de regulação social tardia, já que os direitos sociais foram legalmente reconhecidos somente no último quartil do século XX, exatamente no momento de hegemonia mundial do modelo neoliberal e da crise do estado de bem estar social dos países centrais. A sociedade brasileira, que nunca viveu um Estado de Bem-Estar Social, ainda luta pela construção universal da cidadania e por alternativas de política de inclusão social para além de programas assistenciais.

Ao construir o conceito de regulação social tardia, Sposati não só considera a política social como um mecanismo de dar respostas coletivas às necessidades sociais, como também uma forma de regulação tripartite entre Estado-Sociedade e Mercado. É nesse território que se dá a disputa em torno da regulação estatal: o Estado atuará a favor do mercado ou dos direitos sociais, dependendo dos movimentos de disputa e da correlação de forças a cada momento. Isso define o alcance maior ou menor das políticas sociais.

No Brasil, a regulação deve ser compreendida segundo as características próprias do desenvolvimento de um capitalismo tardio, em que há um Estado (supostamente) protetor de direitos sociais (afinal, essa principal justificativa para sua atuação legitimada), mas atravessado por interesses privados, o que gera limites importantes na sua atuação. Ao contrário da regulação beveridgiana, centrada no Estado, no Brasil e demais países de regulação social tardia temos uma regulação realizada ora pelo Estado, ora por agentes da sociedade e ora pelo mercado.

Para Mendes e Marques (2012, p.18), *“o SUS foi criado sem que tenha havido, de fato, a opção por priorizar um sistema público, pois sua priorização é incompatível com a permanência dos incentivos aos cuidados com as saúde privada, presentes no sistema tributário do país.”* Ainda de acordo com estes autores (2012, p.2) *“o SUS foi criado quando a dívida externa e a inflação elevada eram ainda um constrangimento maior, e, no plano mundial, quando o ideário neoliberal e a dominância da valorização financeira começavam a dominar as relações econômicas e sociais”*.

Neste contexto, o compromisso do gestor da saúde com uma política inclusiva, que valorize a justiça, a proteção social e a distribuição equitativa dos recursos, é fundamental para a instituição de políticas regulatórias que operem em confronto com a hegemonia do mercado. De acordo com Elias (2004), a regulação tem que ter meios para interferir mais diretamente na relação público/privado de forma a ampliar os níveis de equidade e eficiência do uso dos serviços de saúde pelos cidadãos.

Fadul (2007) considera que, na perspectiva dos governos brasileiros ao longo da década de 1990, reformar o Estado significou, antes de tudo, reduzir seu tamanho, privatizando bens e serviços coletivos até então produzidos pelo setor público.

Com as privatizações, os serviços públicos saem da lógica do Estado de direito, consolidada pelo direito público, voltando a orbitar em torno de uma lógica econômica. É nesse cenário que se institui a regulação, que passa a ser de fato necessária e indispensável para impedir que a lógica econômica se sobreponha (completamente) a critérios de equidade social e territorial.

Segundo a autora, o debate contemporâneo sobre a regulação nasce a partir da construção de novos arranjos organizacionais para a prestação de serviços públicos. Traduz-se em uma proposta de redefinição do papel do Estado em sua relação com sociedade e com o mercado. Estes muitas vezes trabalham com lógicas antagônicas, como a rentabilidade e lucratividade necessárias à sobrevivência das empresas privadas e à reprodução do capital versus a lógica redistributiva, da equidade e da justiça

social. Fadul ainda considera que uma das funções da regulação é a construção de um compromisso entre Estado e sociedade, protegendo os usuários para além da relação estritamente mercantil das empresas privadas, fazendo com que os serviços públicos e regulação caminhem juntos de forma intrinsecamente interdependente.

No Brasil, a administração pública (assim como o setor privado) tem se pautado por modelos gerencialistas, com ênfase na eficiência administrativa e centralização do processo decisório. A reforma gerencial do estado, proposta em 1995, pelo então Ministro Luis Carlos Bresser-Pereira, mostra esta tendência quando propõe flexibilização do regime de estabilidade dos funcionários públicos, criação de Organizações Sociais - destinadas a executar no setor público não estatal atividades sociais e científicas que o estado deseja financiar mas não quer executar - criação de agências reguladoras e adoção da gestão pela qualidade total, esta última aplicada na administração pública federal e em diversas administrações estaduais e municipais. (BRESSER-PEREIRA, 2000)

Até o momento se observa uma continuidade em relação às práticas gerencialistas. A perspectiva de uma administração pública de cunho societal e democrático, com ênfase na participação social e na formulação de um novo referencial para as relações entre Estado e sociedade, ainda não é um projeto dominante no país, restringindo-se a algumas experiências isoladas.

No campo da saúde pública, o ideário societal (PAULA, 2005) esteve presente desde os movimentos sociais ligados à reforma sanitária, que posteriormente levaram à conformação do marco legal do Sistema Único de Saúde com a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas nº 8080 e nº 8142, que preservam princípios como a descentralização administrativa, o controle social e a criação de instâncias colegiadas de decisão. No entanto, a efetiva construção do SUS foi atravessada por influências importantes do modelo neoliberal e gerencialista e acabou por priorizar uma rede majoritariamente privada, que definiu um padrão de relação mercantil na conformação de sua assistência.

Segundo Santos e Merhy (2006), o sistema de saúde brasileiro, historicamente, ao priorizar uma rede majoritariamente privada, definiu um padrão de relação mercantil na conformação de sua assistência e é claro que isso tem efeitos na forma de operar a regulação deste sistema. Esta relação tem suas raízes na história da previdência social brasileira, persistindo, ainda, no SUS.

Na constituição de 1988 foi definido que a rede privada poderia ser complementar ao sistema público quando se fizesse necessário. Ocorre, entretanto, que a intensificação do processo de privatizações a partir dos anos 90 fez com que em muitos locais a rede estatal fosse se configurando como complementar à rede privada. Quando se configura uma situação de insuficiência do setor público de saúde para fazer um contraponto à iniciativa privada, a regulação se constrange, passando a ter dificuldades em sua atuação, especialmente quando o prestador privado é o único do território.

A Constituição Brasileira, em seu artigo 199, define como diretriz do SUS a descentralização das ações e serviços de saúde, com direção única em cada esfera de governo. A Lei Orgânica da Saúde em seu artigo 7º define o princípio da descentralização político-administrativa das ações e serviços de saúde, com direção única em cada esfera de governo. Várias são as portarias do Ministério da Saúde que se referem ao comando único, com o objetivo de garantir um mínimo de controle e regulação sobre os prestadores privados.

No entanto, as diversas interpretações feitas dessas normas tem permitido o não cumprimento desse princípio. A Lei de Licitações (Lei 8.666/93) garante o direito de qualquer ente público contratar qualquer prestador, desde que mantidos as regras e padrões licitatórios. Assim, temos varias situações no SUS em que um mesmo prestador vende seus serviços para vários gestores.

Um dos maiores desafios do SUS tem sido assegurar os recursos necessários para preservar o caráter universal do acesso e garantir o atendimento integral à saúde, o que coloca em questão a qualidade das ações e serviços e a necessidade de constituir mecanismos eficazes de

regulação da assistência, de maneira a priorizar o acesso para quem mais necessita.

O princípio da integralidade, bandeira da reforma sanitária colocada no texto constitucional como forma de garantia de atenção à saúde como direito de todos os cidadãos e dever do estado, hoje é a base para as inúmeras ações judiciais contra o poder público. Muitas vezes essas ações são necessárias, mas também muitas vezes são respostas às pressões da indústria farmacêutica e de equipamentos. Vale destacar aqui o que diz Carvalho¹:

(...) “a integralidade, para o movimento sanitário brasileiro, era tornar inegociável a atenção a todos os tipos de doenças e agravos, em todos os níveis de complexidade e com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. (...) O modo vigente à época defendia e praticava o exagero em atenção especializada, em desnecessárias internações, em equipamentos, materiais e medicamentos. (...) O que queríamos ver sepultado, saiu revigorado e resplandecente. (...) O Capital, sem alardes, subverteu a lógica do novo sistema de saúde e apropriou-se do termo integralidade, dando a ele o conceito pleno de que todos os exames, todas as terapias, todas as especialidades, sem o mínimo critério, deviam ser dispensados a todos.”
(CARVALHO, 2005 apud FERNANDES SILVA e MAGALHÃES JUNIOR, 2008 p.72)

Segundo Sposati (2002, p.2) *“o movimento social por direitos humanos e sociais, embora demande reconhecimento da cidadania para todos, vai se confrontar com a precedência da regulação econômica que descentra a condição – ainda que virtual - de cidadão para consumidor”*.

Para Ramos (2003), a questão central não está colocada no fato dos serviços serem ofertados por prestadores públicos ou privados. A questão principal é que o Estado tem que desenvolver um sistema de regulação que impeça ou dificulte as distorções ou privilégios e propicie a equidade. Para este autor, a finalidade da regulação na saúde é assegurar o alcance dos

¹ Carvalho, G. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. São Paulo, 2005, mimeo.

grandes objetivos sociais do sistema de saúde e contrabalançar as numerosas falhas de mercado e falhas do Estado que existem neste setor. Este autor faz uma análise dos estudos realizados por Tudor Hart ²(General Practitioner – GP - e acadêmico inglês) sobre o sistema de saúde do Reino Unido no período de 1934 a 1968, que indicaram que:

“a oferta de cuidados médicos de qualidade tende a variar em sentido inverso ao das necessidades em saúde da população servida e que os efeitos desta lei se acentuam onde os cuidados médicos estão mais expostos às forças de mercado, atenuando-se onde esta exposição é mais reduzida”. Afirmou ainda que “deixar a distribuição de cuidados médicos fazer-se em função do mercado é socialmente primitivo, está historicamente ultrapassado e qualquer retorno a este cenário irá acentuar a má distribuição dos recursos médicos.” (HART,J.T, 1971, apud RAMOS, 2003,p.2)

Conclui ainda que, quando os serviços de saúde ficam entregues à “regulação” própria das forças de mercado, aprofundam-se as iniquidades pré-existentes na sociedade que, por sua vez, são condicionadas por muitos outros fatores. Um sistema de saúde de cobertura universal, com financiamento majoritariamente público, pode ser um dispositivo que favorece a regulação com vistas a propiciar uma maior equidade no acesso, contrapondo-se às dinâmicas de mercado e aos interesses individuais ou de grupos específicos.

Nesta mesma direção, Foucault (1976), coloca que, nas sociedades capitalistas, a melhoria do nível de vida tem uma correlação direta com a capacidade de consumo. No entanto, de forma inversa, o aumento do consumo por serviços médicos não melhora o nível de saúde na mesma proporção. Acrescenta ainda que “de modo análogo, a educação age sobre o nível de vida em uma proporção duas vezes e meia mais importante do que o consumo médico”. (FOUCAULT, 1976, p.390)

² Hart J.T. The inverse care Law. The Lancet, 1971, p.405-412.

Starfield (2002) afirma que na medicina ocidental julgar que uma pessoa doente está bem é considerado mais notório do que julgar que uma pessoa saudável está doente. Por isso há uma tendência dos médicos em aceitarem com maior facilidade um diagnóstico exagerado, do que a subestimação de uma situação. Esse jogo de conceitos é absolutamente compatível com a força do mercado para o consumo de tecnologias cada vez mais sofisticadas.

As iatrogenias e os possíveis danos médicos resultantes da realização de procedimentos desnecessários não costumam ser valorizados. É mais aceitável encontrar diagnósticos “falso-positivos” na atenção especializada do que “falsos negativos” na atenção primária. O número de diagnósticos de normalidade para exames especializados costuma ser muito elevado.

Ainda em sua publicação, Starfield afirma que, segundo um informante anônimo, refletindo sobre sua concepção de saúde: “a definição de uma pessoa saudável é alguém que não passou por exames suficientes”. Podemos completar esse raciocínio inferindo que basta procurar para achar, mesmo que seja um falso positivo...

Para Campos (2003), os profissionais de saúde costumam dar uma excessiva ênfase no componente orgânico do processo saúde/doença. Isso faz com que o objeto de seu trabalho seja a doença, e não as pessoas doentes, comprometendo a integralidade da atenção à saúde.

Para Carvalho e Cunha (2006, p.844), podemos considerar que alguns problemas de “baixa adesão” ao tratamento de doentes crônicos, “poliqueixosos” ou dependentes de substâncias psicoativas, evidenciam os limites da prática clínica centrada na doença. Para esses autores é necessário que se reconheça problemas/situações para além do que o sujeito apresenta de igual (o diagnóstico), mas também o que apresenta de diferente, de singular. Isto é, o conjunto de sinais e sintomas que somente nele se apresentam de determinado modo, bem como seus modos de viver e suas relações afetivo-sociais-econômicas, extremamente importantes na

produção de sofrimentos e que precisam ser singularmente considerados pelos trabalhadores de saúde em seus encontros com os usuários.

Dessa forma, podemos concluir que a formulação e implantação de políticas, estratégias e ou programas de saúde se dão de acordo com a concepção que se tenha de sujeito e de como se dá o processo de saúde e doença.

a) A Concepção de Saúde e Doença e o Consumo de Serviços de Saúde

Reconhecemos o caráter contra-hegemônico do SUS, em função da proposta de garantia do direito à saúde integral para todos os cidadãos num momento de hegemonia das correntes neoliberais. Mas o sistema e seus construtores não têm sido capazes de se contrapor à lógica do capital. Sobretudo num setor em que o capital financeiro e industrial se coloca de forma tão contundente, criando necessidades de se consumir saúde, seria fundamental uma disputa societária intensa em torno da construção do conceito de saúde e de necessidades de saúde.

Cecílio (1997) considera que as necessidades em saúde são social e historicamente construídas e só podem ser captadas e trabalhadas em sua dimensão individual. Além da necessidade de ter acesso e possibilidade de consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, ele propõe outras categorias de necessidades, como aquelas que dizem respeito às boas condições de vida, à construção de vínculos afetivos e de responsabilização entre usuário e profissionais, à continuidade do cuidado e à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de viver.

Qualificar ou quantificar o que é necessidade em saúde não é tarefa fácil, quando entendemos necessidade em saúde definida por pressões e consensos sociais - sempre provisórios. O que hoje não está colocado como

necessidade em saúde amanhã poderá tornar-se; o que hoje é considerado adequado ou problemático, amanhã poderá não sê-lo, a depender do estágio de desenvolvimento tecnológico do setor, da legitimação pela sociedade, da disponibilidade dos serviços, dentre outros.

A compreensão do processo que envolve adoecimento e cura das doenças não é fixa no decorrer da história da saúde e da humanidade - que vai desde a antiguidade com as ideias mágico-religiosas, passando pela revolução científica e industrial até os dias atuais com o modelo biomédico predominante.

Este modelo nos leva à compreensão de um conceito de saúde formado a partir de parâmetros cientificamente estabelecidos, em que saúde é colocada como um estado antagônico ao da doença e em que os aspectos biológicos do adoecimento são destacados de modo quase absoluto.

No entanto, o conceito de normalidade na saúde é diferente, de acordo com o tempo e o contexto. Segundo Canguilhem (1990), o normal não é um conceito estático ou pacífico, e sim um conceito dinâmico e polêmico. Só se pode afirmar que um ser vivo é normal se o vincularmos ao seu meio e considerarmos as maneiras que ele responde às demandas que este meio lhe impõe.

“... um homem normal só sabe que é normal num mundo em que nem todo homem o é, e sabe, por conseguinte que é capaz de ficar doente, assim como todo bom piloto sabe que é capaz de encalhar seu barco... o homem normal se sente capaz de adoecer, mas experimenta a certeza de afastar essa eventualidade. Tratando-se de doença, o homem normal é aquele que experimenta a certeza de poder frear, nele mesmo, um processo que em outros, iria até o fim da linha. Portanto, para que o homem normal possa se considerar como tal, e crer na sua normalidade, precisa, não do antegosto da doença, mas de sua sombra projetada.” (CANGUILHEM, 1990, p.260)

Para Capone (2003), a diferença entre o estado de saúde e de doença está nas capacidades que possuímos para enfrentar as agressões

a que estamos inevitavelmente expostos. Essa concepção põe o assunto da produção da saúde num campo bem mais amplo que o biológico. Os adoecimentos, como outros tipos de infortúnio, fazem parte da vida. Ou seja, conviver com adoecimentos é parte da saúde.

Nas sociedades contemporâneas existe um processo ativo de medicalização dos desconfortos, de patologização das diferenças e comportamentos indesejáveis. Produzem-se, assim, limites à capacidade das pessoas para o enfrentamento das adversidades e uma dependência cada vez maior aos atos médicos e à tecnologia dura.

Na década de 70, Foucault (1976) já dizia que, desde o início do século XVIII, o corpo e a saúde dos indivíduos e das populações passaram a ser objeto da ação direta do Estado. A ideia de saúde foi disputada e sua obtenção passou a ser entendida como produto principalmente das intervenções médicas, deslegitimando todas as ideias e ações exteriores à medicina.

Segundo Capone (2003, p.14 -15) *“o certo é que os infortúnios, assim como as doenças, sejam eles procurados ou indesejados, fazem parte de nossa existência e não podem ser pensados em termos de crimes e de castigos”*. Nem como passíveis de uma intervenção... Segundo ela, não é razoável supor uma existência sem angustias, infortúnios ou adversidades. Isto faz parte da vida, seja ela saudável ou não.

“A saúde é a liberdade de dar de comer ao corpo quando ele tem fome, de fazê-lo dormir quando tem sono, de dar-lhe açúcar quando baixa a glicemia. Não é anormal estar cansado ou com sono, não é anormal ter gripe... Pode ser que seja anormal ter algumas doenças. O que não é normal é não poder cuidar desta doença, não poder ir para cama, deixar-se levar pela doença, deixar que as coisas sejam feitas por outros por algum tempo, parar de trabalhar durante a gripe e poder voltar.”
(DEJOURS, 1986:11 apud CAPONE, 2003, p.18)

É possível ir além. Riscos fazem parte da vida. Sair de casa e atravessar a rua implica riscos. Locomover-se de carro, ônibus ou avião implica riscos. Praticar esportes (radicais ou não) implica riscos. Alimentar-se em nossa sociedade implica riscos – mesmo adotando uma “dieta saudável”, já que consumimos corantes e conservantes químicos em excesso, além de agrotóxicos, e custa muito caro tentar fugir deles. Relações afetivo-amorosas implicam riscos de sofrimento. Como abolir os riscos inerentes à vida? (BRASIL, 2005)

Acontece que alguns riscos são socialmente legitimados e outros não. E isso tem a ver com a construção social de normalidade, como diz Canguilhem (1990). Capone (2003) coloca ainda que as políticas públicas e intervenções para combater iniquidades que levam a determinadas enfermidades devem se concentrar naquelas impostas pelas condições de vida, como alimentação deficiente, moradia inadequada, escolaridade precária, condições de trabalhos desfavoráveis, dentre outras.

Há elementos das condições de vida determinados por estilos de vida (escolhidos ou não), que são de âmbito privado, da construção das possibilidades de existência. Quando as políticas públicas visam esse âmbito, podem gerar intervenções coercitivas, que levam à culpabilização dos cidadãos pelos sofrimentos que venham a enfrentar que sejam relacionados a “comportamentos de risco”.

Existem, portanto, riscos que podem ser evitados e aqueles que são inerentes à produção da vida e suas circunstâncias. Assim as políticas públicas devem criar estratégias de prevenção de doenças capazes de minimizar a exposição a riscos desnecessários e também de promoção à saúde que atuem no aumento da capacidade do indivíduo para o enfrentamento de riscos inevitáveis.

Carvalho e Cunha (2006) ao se referirem ao conceito de Clínica Ampliada de Campos (2003), colocam que o profissional de saúde deve desenvolver a capacidade de ajudar as pessoas não só a combater a doença, mas também a se transformarem, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não as impeça de viverem outras coisas na vida.

O normal é fixado pela norma, que só pode ser entendida no contexto de outras normas. A regulação tenta definir o que é normal e o que é necessário, para orientar a oferta e o acesso ao sistema de saúde. No entanto, ao contrário de uma lei da natureza, uma norma não necessariamente leva a seu efeito; ela é apenas uma possibilidade.

Segundo Canguilhem (1990, p.212) *“uma norma só é a possibilidade de uma referência quando foi instituída ou escolhida como expressão de uma preferência e como instrumento de uma vontade de substituir um estado de coisas insatisfatórias por um estado de coisas satisfatório”. (...) “Assim qualquer preferência de uma ordem possível é acompanhada geralmente de maneira implícita – pela aversão à ordem inversa possível”*.

Dessa forma, a regulação ou normalização na saúde, ainda que seja motivada por uma intencionalidade de propiciar maior equidade, tem uma possibilidade de produzir algum efeito, mas também vem acompanhada pela sua “ordem inversa”, ou seja, a sociedade capitalista, a lógica de mercado e as individualidades.

Para o autor, *“regular, do ponto de vista social, é fazer prevalecer o espírito de conjunto”* (CANGUILHEM, 1990, p.224). Numa sociedade nem tudo que é planejado e programado será executado, pois a sociedade é ao mesmo tempo “máquina” e “organismo”, e num organismo as regras *“são imanentes, presentes sem ser representadas, atuantes sem deliberação nem cálculo”*. O organismo não está submetido ao meio, ele estrutura o meio ao mesmo tempo em que se desenvolve.

Ayres (2007) considera que saúde e doença não falam exatamente da mesma coisa e também não falam do mesmo modo; ou seja, não são situações polares. O conceito de doença traz em si uma objetividade e determinadas regularidades que permitem que seja bem mais previsível estimar se uma pessoa está doente, sobretudo com o auxílio do raciocínio clínico e da epidemiologia. No entanto, a definição de saúde parte de uma subjetividade que impossibilita sua aferição. O autor afirma que quando nos referimos à saúde nos remetemos a outra esfera de racionalidade.

Saúde e doença não são “estados” separados. Seguindo o raciocínio de Capone (2003), se saúde pode ser entendida como uma reserva técnica, mesmo convivendo com diagnósticos, é possível sentir-se e referir-se como saudável. Essa possibilidade é ativamente produzida. Se conviver com um diagnóstico transformar-nos em “doentes”, seremos todos doentes, já que todos convivemos, cada vez mais, com diagnósticos. A questão é se a doença passa a orientar e condicionar nossa possibilidade de produção de vida. A sociedade medicalizada tende a produzir-nos como cidadãos adoecidos e dependentes de intervenções médicas.

A definição de saúde da Organização Mundial de Saúde – OMS , como *“Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”* (SCLIAR,2007, p.37) que tem sido alvo de diversas críticas pelo seu caráter utópico, também pode ser considerada como indutora de uma busca incessante por uma condição inatingível, o que a aproxima mais da lógica de mercado do que da efetivação de políticas públicas para o setor.

Capone (2003, p.15), ao reiterar as críticas a essa definição, coloca que o *“estado de bem-estar parece supor uma existência sem angústias”*. Acrescenta ainda que essa definição sugere que as principais necessidades humanas encontram-se no âmbito da saúde, colocando assim, o setor saúde como o responsável por proporcionar uma existência sem infortúnios e que esses podem se tornar objeto de intervenção.

No entanto, as adversidades da vida não podem ser vistas como patologias que precisam ser assistidas medicamente. Com essa reflexão a autora sugere pensar em um conceito de saúde *“capaz de contemplar e integrar nossa capacidade de administrar de forma autônoma esta margem de risco, de tensão, de infidelidade, e por que não dizer de mal estar, com que inevitavelmente devemos conviver.”* (CAPONE,2003,p. 15)

De acordo com Zizek (2008), no capitalismo, o processo produtivo é somente um desvio do processo especulativo do dinheiro que gera mais dinheiro, ou seja, a lógica especulatória é em última instância, o que sustenta o impulso de expandir a produção, e não o contrário. Este autor

dá uma grande contribuição a esta análise quando lança mão do conceito de desejo e pulsão no capitalismo. Baseando-se em Lacan, ele define desejo como uma falta constitutiva, enquanto pulsão seria uma lacuna na ordem do ser.

Segundo ele, o capitalismo se dirige aos indivíduos como consumidores, provocando neles desejos excessivos e sempre novos; além disso, provoca o desejo de desejar, sem encontrar sua satisfação, mas isso ainda não é a pulsão. Entramos na pulsão quando a circulação do dinheiro como capital se torna um fim em si, pois a expansão de valor só ocorre dentro deste movimento constantemente renovado. A circulação de capital, portanto, não tem limites. A pulsão capitalista é sistêmica e não pertence a nenhum indivíduo definido; são antes os indivíduos que atuam como agentes diretos do capital.

Tomando como base estes conceitos de Zizek, podemos compreender a corrida pelo consumo quando surgem inovações tecnológicas, em que o prazer não é somente ter a mercadoria ou ser o primeiro a possuí-la. É o prazer pelo prazer do consumo e da felicidade momentânea que ele pode proporcionar. É esta pulsão que alimenta o capitalismo. Podemos facilmente transpor esta lógica para a das necessidades em saúde da população, em que o consumo do exame ou tecnologia diagnóstica vai além das reais necessidades de saúde, fazendo com que a saúde deixe de ser um direito social, passando a ser vista como um bem de consumo.

Segundo Foucault (1976), nos dias de hoje, com a saúde tomada como objeto de consumo, a medicina se encontra com a economia, não somente no sentido da reprodução da força de trabalho, mas, sobretudo por produzir riqueza por meio dos laboratórios, da indústria farmacêutica, de equipamentos e dos próprios médicos, além de ser consumida por doentes possíveis e reais. Assim, além de prática constitutiva da ordem capitalista, a saúde foi também mercantilizada e adquiriu importância econômica.

Merhy (2007) traz uma importante reflexão sobre o processo de medicalização das sociedades capitalistas. Como já mencionado, podemos

observar um processo de intensa medicalização e medicamentação definidos por Donnangelo, C.F (1976, apud MERHY, 2007, p. 3), sendo que o primeiro é o ato de *“normalizar dentro dos cânones dessa nova prática de saúde, os fenômenos da vida em sociedade, em geral, como a fome ou a pobreza”* e o segundo *“é o agir de modo terapêutico na exclusividade do uso, em geral abusivo, de medicamentos.”*

O autor, ao fazer uma análise sobre o processo de produção de cuidado em saúde na sociedade americana, lócus central do modo capitalístico de viver, pondera que as práticas de saúde se dão sob a lógica do mercado, em que os profissionais de saúde se colocam como “comerciantes produtores” do cuidado, e as empresas de saúde e de medicamentos como meios para circulação do capital financeiro. Nesse contexto é fácil compreender o processo de patologização do sofrimento, com vistas ao consumo de atos profissionais centrados em tecnologias duras.

Para este autor, o processo de saúde e doença vem sendo compreendido desde o século XIX, a partir da “Clínica do Corpo de Órgãos”, quando a doença começa a ser vista como um processo instalado no corpo biológico, causando seu disfuncionamento e o consequente sofrimento individual ou coletivo.

No entanto, no século XX, a partir da década de 90, observam-se mudanças significativas nas formas de se produzir saúde e operar a gestão do cuidado ampliando-se o olhar patologizante para a construção do viver como risco de adoecer. É a “Clínica do Corpo sem Órgãos”, que visa o corpo saudável, que deve ser tratado para não correr o risco de adoecer e consumir atos de saúde custosos. A indústria de medicamentos entra com um arsenal de itens para manter a normalidade, as condutas profissionais patologizam os modos de viver individuais e coletivos, impingindo normas para se viver bem comendo alimentos saudáveis, praticando esportes, não se deixando estressar... Pois o simples fato de ser velho, estar acima do peso ou estar ansioso já significa ser doente e precisar de tratamento.

“... um universo novo de patologias vai sendo construído, não mais as do corpo de órgãos, que ainda persistem, mas agora sob o outro formato, o do corpo sem órgãos, que subsumi a outra, ou seja, incorpora-a submetendo-a. Por exemplo, há um processo de medicalização bem sofisticado: comer certos alimentos passa a ser visto como risco, andar ou não, também, brincar de um certo jeito ou outro, também, ser uma criança agitada é visto como hiperatividade, e por isso potencial situação patologizante. E assim vai.” (MERHY, 2007, p.9)

A produção do desejo do consumo da saúde, seja na forma de atos profissionais, seja na forma de medicamentos, opera nas relações sociais que conformam as formas de viver e onde as diferenças não são suportadas. Merhy coloca que essa medicalização da vida e da sociedade é intensamente capitalística e vê no Brasil de hoje um campo fértil para se caminhar numa transição tecnológica favorável à construção de componentes anticapitalísticos das práticas em saúde. Quando o autor fala de componente anticapitalístico, não significa simplesmente ser antipitalista, em termos de destruir a lógica econômica do capital, mas operar na micropolítica de produção do desejo, construindo outras possibilidades para olhar e produzir modos de viver, individuais e coletivos. Argumenta que nossa sociedade é muito mais complexa que a americana e que aqui atuam muito mais grupos de interesses com potências sociais e políticas para enfrentar esse debate. Ou seja, os sentidos da vida podem ser disputados! Não estamos “condenados” a um viver medicalizado!

Nesse sentido, a regulação, seja a microrregulação que opera nas relações entre profissionais e entre esses e os usuários, seja a macrorregulação, que coloca regras para contenção do livre mercado, pode atuar no fortalecimento desse componente anticapitalístico. Os conceitos de microrregulação e macrorregulação serão abordados no capítulo sobre aspectos conceituais da Regulação em Saúde.

Cecílio (2011) traz o problema da disjunção de tempo entre usuário, equipe de saúde e gestor. O usuário, visto como imediatista pelos demais, quer ter acesso com urgência a todas as suas necessidades, a equipe

classifica os riscos a partir de seus saberes, influenciados pela pressão do mercado e o gestor avalia que há uma demanda distorcida pela imensidão de encaminhamentos desnecessários. Segundo o autor *“tempos diferentes, lógicas diferentes, atuando com um traço em comum: todos sob o comando dos ditames da medicina tecnológica³”*.

Os conceitos de saúde e de necessidades estão em permanente disputa na sociedade. Quando não há uma regulação da incorporação tecnológica, o conceito de necessidades é influenciado pela capacidade de oferta da indústria que produz insumos, equipamentos e medicamentos para a saúde.

A questão da medicalização em nossa sociedade é um exemplo claro da força da indústria farmacêutica no país. Atualmente, no Brasil, não há regulação da incorporação de novos medicamentos. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) faz uma análise que considera os riscos à saúde, mas não se propõe a analisar a necessidade de determinado produto a ser comercializado no país.

Com o Decreto nº 7508/11, foi padronizada a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que é a relação de medicamentos disponibilizados pelo SUS. Para incorporação de um item nesta relação está prevista uma análise pela Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica do SUS (CONITEC). O objetivo é assessorar o Ministério da Saúde na incorporação de tecnologias e propor a revisão da relação de medicamentos instituída pelo Gestor Federal, conforme atribuição definida pela Lei 12.401/11. As normatizações a este respeito são muito recentes e ainda é prematura qualquer análise sobre sua efetivação.

Neste contexto, a Regulação Pública da Atenção à Saúde no Brasil convive com fortes tensões: uma sociedade em que o desejo e a “pulsão” pelo consumo de ações e serviços de saúde é ativamente disputado, correndo o risco de ser capturado pela lógica medicalizante; o

³ Frase retirada de texto escrito pelo autor e baseado na Conferência Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos mais do mesmo? Proferida em 26/10/11 no XII Congresso Paulista de Saúde Pública em São Bernardo do Campo.

subfinanciamento do setor num país com necessidades básicas insatisfeitas, que ainda convive com a exclusão social e pobreza extrema; e uma regulação estrangida pelo mercado num sistema atravessado pelos interesses privados.

Os conflitos existentes entre a capacidade regulatória do Estado para garantia de direitos sociais, o mercado no contexto neoliberal e a complexidade do conceito de saúde/normalidade são elementos críticos para a construção do SUS, quando se propõe a construção de uma Regulação da Atenção à Saúde com vistas à equidade no acesso e integralidade da atenção. Esta Regulação da Atenção pode ser um importante dispositivo para construção do modelo de atenção à saúde.

III - REGULAÇÃO EM SAÚDE: Aspectos Conceituais

Conforme definição consagrada nos dicionários, regulação significa o modo como as ações se ajustam a determinadas finalidades, traduzidas sob a forma de regras e normas previamente definidas.

Ao aprofundarmos sua conceituação observamos o que Oliveira e Elias (2011) descrevem como “polissemia conceitual”, com sua aplicação em diversas áreas do conhecimento como a biologia (homeostase), mecânica (controle e funcionamento), economia (macrorregulação econômica) e ciências políticas (ideia de poder e dominação).

Segundo estes autores, *“a partir de uma perspectiva mais ampla, pode-se conceituar a regulação como uma restrição intencional da eleição de atividades de um sujeito e provém de uma entidade que não é parte direta nem está envolvida nesta atividade.”* (OLIVEIRA e ELIAS, 2011, p.207). No campo da saúde, para estes autores, a regulação tem a finalidade de garantir que “os grandes objetivos sociais” do sistema de saúde sejam atingidos. Assim seus efeitos esperados para a saúde seriam uma distribuição de recursos humanos e de equipamentos que vise à melhoria do acesso aos serviços de saúde; uma adequação das instituições de ensino para a formação de profissionais condizentes com as necessidades de saúde; controle sobre os prestadores de serviços buscando alinhamento aos sistemas de saúde e ao modelo de atenção e controle do mercado, por meio da eliminação de seleção adversa e controle de preços.

Para Fadul (2007, p.16), regulação é o estado de equilíbrio de um sistema em um determinado momento, ou seja, *“o equilíbrio de um sistema regulado é um estado de referência no qual as relações de força encontram-se momentaneamente sob controle. A Regulação implica, portanto na existência previa de tensões, de um conflito, de um desajuste de comportamentos dos diversos elementos, e, em seguida, uma adaptação (temporária) como forma de encontrar coerência e regularidade na interação de seus diversos componentes.”*

Segundo esta autora, a regulação aplicável à gestão dos serviços públicos associa a ideia de equilíbrio como descrita acima, mas também a de controle, que implica na sujeição dos elementos do sistema a mecanismos de ajustes com normas e regras previamente definidas. Estas regras em alguns momentos privilegiam alguns destes elementos, e *“o objetivo é não apenas o de controlar, mas equilibrar e fazer funcionar “corretamente” o sistema”* (FADUL, 2007, p.18). A autora compreende como funcionamento correto do sistema aquele que é adaptado, ou que é compatível com a estrutura e comportamentos que lhe foram atribuídos.

A autora avança também no conceito de regulação num sentido de recomposição das relações entre Estado, mercado e cidadãos. Coloca que *“nestes termos, a noção de equilíbrio não fica restrita apenas ao sentido de equilíbrio do mercado, mas se desdobra no intento da manutenção do interesse público”* (FADUL, 2007, p.19). Neste sentido a regulação visa conciliar o interesse das esferas produtivas com o dos cidadãos, ou seja, objetivos sociais com economia de mercado.

A regulação, enquanto ação social, pode ser conceituada como um *“conjunto de ações mediatas, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que facilitam ou limitam os rumos da produção de bens e serviços em determinado setor da economia, compreendendo tanto o ato de regulamentar, as regulamentações, quanto as ações que asseguram o cumprimento destas regulamentações”* (MS/OPAS/OMS, 2006, p.34). A regulação estatal sobre o setor saúde compreende tanto o ato de elaborar regulamentações sobre a produção de bens e serviços de saúde, quanto as ações de fiscalização, controle, avaliação e auditoria que assegurem o seu cumprimento.

A regulação em saúde constitui uma rede que combina mecanismos de “regulação horizontal”, como o autocontrole de um sistema estável e “regulação vertical” realizada por agências, diretamente pelo estado ou por profissionais. Inclui também modalidades de autorregulação exercidas pelo mercado ou por interdependências de relações e dinâmicas sociais (RAMOS, 2003b). Ainda segundo este autor, na saúde a regulação exige

frequentemente ações intersetoriais que podem combinar, por exemplo, atuações conjuntas com as áreas de educação, assistência social, esportes, segurança, dentre outras.

Segundo Santos e Merhy (2006, p.28) a regulação pode ser entendida como *“a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução. Essa intervenção pode ser feita por intermédio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores”*. Estes autores identificam duas dimensões no processo regulatório - microrregulação e macrorregulação. Microrregulação se refere às respostas potenciais do sistema ao conjunto das demandas das populações com vistas ao acesso cotidiano das pessoas aos serviços - também denominada pelo MS/OPAS como regulação assistencial. A segunda se refere aos mecanismos de gestão que interferem na produção de saúde, como política de gestão do trabalho, relação com setor privado, relação com controle social, dentre outros. Ou seja, a microrregulação opera de acordo com as regras gerais estabelecidas na macrorregulação, mas não se limita a ela. Esse é o conceito de regulação utilizado no percurso deste estudo.

Estas ações não ocorrem sem que haja tensões e conflitos entre os atores sociais envolvidos nos processos regulatórios. Cada ator busca regular os serviços de saúde segundo os interesses da sua representação, ou seja, procura direcionar a produção da saúde para os seus objetivos. De acordo com Santos e Merhy (2006), os interesses e as disputas colocados entre os atores sociais se fazem dentro de um dado contexto histórico e político, assim os atores regulados respondem a esta regulação de maneiras distintas.

Vale destacar que apesar de conter vários dos atributos do processo de gestão, a regulação é um dos seus componentes, não o seu todo (SANTOS e MERHY,2006), portanto não pode ser confundida com o planejamento, financiamento, definição de modelo de atenção, gestão do trabalho e educação em saúde. Ou seja, a regulação atua sobre a produção dos serviços de saúde, mas é a gestão em saúde que define a política de

saúde adotada. Aliás, dependendo do conteúdo das políticas e da orientação do modelo tecnoassistencial, a regulação pode cumprir diferentes papéis, atuar de modos distintos.

Pode-se concluir que no SUS, de acordo com as políticas propostas, a regulação em saúde busca a equidade no acesso dos cidadãos aos serviços, de forma ordenada e oportuna, garantindo a integralidade da assistência.

Para tal, ela deve atuar diretamente sobre os prestadores de serviço para ajuste dos quantitativos das ações ofertadas, reduzindo ou ampliando de acordo com os recursos disponíveis; para realizar remanejamentos destas ações no território de modo a favorecer o acesso sem prejudicar a escala; intervir na qualidade dos serviços prestados e implantar protocolos de risco de forma a facilitar o acesso a quem mais necessita do serviço.

a) Sobre o processo de construção das ações regulatórias em saúde no Brasil

Observa-se que a regulação em saúde no Brasil tem utilizado o mecanismo do controle como seu principal dispositivo. Segundo Fadul (2007), este conceito ainda não é completamente compreendido e sua aplicação na regulação dos serviços públicos ainda é utilizada de forma bastante administrativa, no sentido de demonstrar poder sobre os regulados. Ou seja, um controle sobre as ações do controlado e não sobre a essência e a natureza dos serviços por ele prestados.

No Brasil, as ações de controle, avaliação e auditoria no setor saúde ocorrem desde a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP - normatizadas a partir da Lei Eloy Chaves, em 1923; e posteriormente com os Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP, a partir de 1933, com a definição de regras para a utilização de seus serviços.

Estas ações de controle foram intensificadas com a unificação dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS - em 1966 e, posteriormente, com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS - na década de 70, período em que houve grande expansão da oferta de serviços. (MS/OPAS, 2006)

Mecanismos regulatórios eram necessários para operar a rede credenciada - para definição quanto à forma de pagamento, critérios para autorização de procedimentos, dentre outros. Em que pese o fato da crise do INAMPS dever-se em parte à fragilidade destes mecanismos de controle e regulação, as ações regulatórias destinavam-se a minimizar a crise financeira da instituição. Hoje sabemos que sem sucesso.

As práticas regulatórias desse período tinham como foco ações de controle, avaliação e auditoria. Para conceituar estas práticas no escopo deste estudo, recorro à definição de alguns autores que podem contribuir para a compreensão destes conceitos.

Para Santos e Merhy (2006), entende-se por controle o acompanhamento permanente do processo de execução de uma ação, buscando conformidade com o que foi previamente definido. Para Contandriopoulos et al. (1997), a avaliação consiste em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou um serviço com o objetivo de auxiliar no processo de tomada de decisão. Para Chiavenato (1985), auditoria é um sistema de revisão de controle, para informar a administração sobre a eficiência e eficácia do que foi executado, tendo como função não somente apontar falhas, como também sugestões de soluções.

A Regulação em Saúde era entendida fundamentalmente como um mecanismo de controle de faturas e pagamentos de procedimentos. Saúde financeira era seu objetivo. Apenas recentemente começaram a ser desenvolvidos os conceitos e práticas de regulação em saúde orientados à garantia do direito e à satisfação de determinadas necessidades sociais.

Direitos sociais, como a saúde pública, só foram reconhecidos com a Constituição de 1988, que em seu artigo 197 descreve que “*são de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público*

dispor, nos temos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988). Posteriormente, os direitos sociais assegurados pela Constituição foram regulamentados pelas Leis Orgânicas nº 8080 e nº 8142.

Embora a Lei 8.080 estabeleça competências quanto à regulação, controle, avaliação e auditoria, o faz de forma genérica. Nela não são definidos os conceitos de fiscalização, controle, avaliação, monitoramento, regulação e sua forma de operacionalização. Isto foi tarefa das normas e portarias subsequentes e principalmente das práticas de gestão de cada esfera de governo (federal, estadual e municipal).

As Normas Operacionais Básicas – NOBs, instituídas durante a década de 90, focaram-se no estabelecimento de responsabilidades das esferas de gestão no que se refere a ações de controle, avaliação, auditoria, contratação, pagamento de serviços, buscando definir sua operacionalização.

A NOB 91 estabeleceu que as transferências de recursos do INAMPS para custeio da assistência à saúde a estados e municípios, se dariam por meio de convênios e com base na produção de serviços. Desse modo, o INAMPS mantinha-se como o grande gestor do sistema e os estados e municípios como prestadores de serviços.

A NOB 92 criou o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA - e adaptou o sistema de informações hospitalares do INAMPS para o SIH. Ambos se tornaram importantes instrumentos de controle das faturas dos serviços prestados. Neste período, as ações de avaliação e controle ainda permaneciam sob responsabilidade do INAMPS e de alguns estados, com participação marginal de alguns municípios.

Somente com a NOB 93 é que alguns estados e municípios saem da condição de prestadores de serviço para a de gestores do sistema. Esta Norma previa modalidades de gestão (com graus diferenciados de responsabilidade e autonomia) a serem assumidas por estados e

municípios, que passavam a ter um teto financeiro e a receber os recursos federais na modalidade fundo a fundo, conforme previa a Lei 8142.

Esta Norma foi um importante marco regulatório para o SUS, pois os municípios e estados que assumiram a gestão semiplena, conforme previsto, passaram a ter a efetiva gestão sobre seus prestadores e a realizar atividades de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e pagamento dos mesmos. Outro marco importante no processo de descentralização e, conseqüentemente, de estruturação de mecanismos de regulação pelo SUS, foi a extinção do INAMPS em 1993 e a criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), regulamentado em 1995 (Brasil, 1995).

A NOB 96 talvez não tenha propiciado reformas tão radicais quanto a NOB 93, no entanto foi a partir dela que o processo de descentralização da gestão se intensificou. Só para se ter um exemplo, no Estado de São Paulo cerca de 50 municípios assumiram a gestão semiplena prevista na NOB 93, enquanto mais de 150 assumiram a gestão plena pela NOB 96⁴. Uma importante mudança a partir da NOB 96 foi a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), com o qual os municípios passaram a receber os recursos para custeio da atenção básica com base num valor per capita, e não mais com base na produção de procedimentos.

Com a Norma Operacional da Assistência a Saúde 01/2002 - NOAS 01/2002, aprofundou-se o conceito de operacionalização de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares e de referências intermunicipais. Esta Norma definiu a regionalização como estratégia para conformação das redes intermunicipais hierarquizadas e fez exigências à organização dos fluxos de referência e contrarreferência. Apesar de trabalhar a regionalização apenas com base na oferta de serviços e procedimentos, a NOAS foi pioneira na definição de estratégias para a implantação de instrumentos para intermediar o acesso dos usuários aos serviços, colocando em pauta o conceito de *“regulação assistencial”*.

⁴ Informação fornecida pela Secretaria Executiva da Comissão Intergestores Bipartite de São Paulo, em 2001.

Segundo esta Norma, regulação assistencial é definida como a *“disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”, que “deverá ser efetivada por meio de complexos reguladores que congreguem unidades de trabalho responsáveis pela regulação das urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários”* (BRASIL, 2002, cap.II,3). Definiu ainda que esta regulação assistencial deveria estar articulada aos processos de avaliação das necessidades de saúde, planejamento, regionalização, programação e alocação dos recursos, além da interface com as ações de controle e avaliação.

Somente com o Pacto pela Saúde (2006), especificamente, em seu componente Pacto de Gestão, e posteriormente com a Portaria GM nº 1559 de 01 de agosto de 2008, é que se avança nestas formulações e se aprofundam os conceitos de Regulação sobre Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção e Regulação do Acesso.

De acordo com estes documentos, a **Regulação de Sistemas de Saúde** *“tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas”*; a **Regulação da Atenção à Saúde** *“tem como objeto a produção de todas as ações diretas e finais de atenção à saúde, dirigida aos prestadores de serviços de saúde, públicos e privados. As ações da regulação da atenção à saúde compreendem a contratação, a regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, o controle assistencial, a avaliação da atenção à saúde, a auditoria assistencial e as regulamentações da vigilância epidemiológica e sanitária.”* Define também que **Regulação do acesso** à assistência ou regulação assistencial é um *“conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda dos usuários por serviços de saúde e o acesso a estes.”* (BRASIL, 2006).

No Pacto de Gestão também se aprofunda o conceito da Programação Pactuada e Integrada - PPI, como *“um processo instituído no âmbito do SUS onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia do acesso da população aos serviços de saúde”* (BRASIL, 2006). Pode-se dizer que a PPI deveria ser a base para a regulação do acesso às referências intermunicipais, embora, na prática, isso nem sempre ocorra.

De acordo com o previsto pelo Pacto de Gestão e portarias vigentes, as ações executadas na regulação da atenção no SUS compreendem:

- A regulação da assistência à saúde para viabilizar o acesso ao usuário de forma equânime e oportuna aos serviços de saúde;
- A estruturação de Complexos Reguladores no âmbito regional, composto por Centrais de Regulação Ambulatorial, Hospitalar, de Urgência e outras que se fizerem necessárias;
- Contratação de prestadores pelos gestores do sistema;
- Avaliação em saúde;
- Controle assistencial que compreenda atividades de cadastro de estabelecimentos e profissionais de saúde, habilitação de prestadores para realização de determinados serviços definidos nacionalmente, programação orçamentária dos estabelecimentos, autorização de procedimentos, faturamento, preparo do pagamento dos prestadores, monitoramento dos contratos, avaliação dos serviços e auditoria.

Mais recentemente, com a publicação do Decreto nº 7.508/11, está prevista a elaboração dos Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP), que tem como objeto *“a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários”*. O COAP *“definirá as responsabilidades individuais e*

solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde” (BRASIL, 2011). Este decreto, ainda em fase de implantação, já demonstra ser mais um importante marco normativo para a regulação no SUS, sendo, no entanto, prematura qualquer análise a respeito.

IV – METODOLOGIA

Para o alcance dos propósitos deste estudo, após as reflexões teóricas e conceituais colocadas nos capítulos II e II dessa dissertação, retornei a Guarulhos para compreender os processos da micropolítica que envolvem a regulação do município. Busquei conversar com a equipe e construir com eles as estratégias mais adequadas para me apropriar da nova realidade municipal e para identificar atores e espaços que pudessem oferecer material para análise.

Consideramos que além da análise dos documentos declaratórios da secretaria a respeito do tema e das entrevistas com diferentes atores, seria importante analisar situações vividas, que permitissem conhecer na prática os arranjos operantes para propiciar o acesso e a produção do cuidado.

Assim, foi solicitado às equipes de dois serviços que identificassem um caso que tivesse passado pela regulação estatal e percorrido diversos serviços do sistema municipal de saúde. Para as equipes de uma Unidade Básica de Saúde e de um Hospital do município, pedimos que selecionassem respectivamente um usuário que tivesse passado por serviços ambulatoriais eletivos e outro que tivesse passado por uma situação de urgência. Não era necessário que fossem casos de sucesso ou insucesso, nem que fossem casos típicos. O critério era que fossem usuários que tivessem necessitado da utilização de diferentes serviços de saúde do município, tivessem de alguma forma mobilizado a equipe e cujo acesso tivesse sido intermediado pela Central de Regulação. O resumo da caracterização desses casos está apresentado no capítulo VI desta dissertação. A escolha dos dois serviços para identificar os casos foi feita pela equipe da Central de Regulação do município, considerando critérios como a disponibilidade do gerente e importância do serviço para a rede.

Assim, com base na metodologia de casos traçadores, foram realizadas entrevistas com trabalhadores de 2 UBS, 1 Hospital e PS, Central de Regulação Ambulatorial e Central de Regulação de Urgência e

com os dois usuários para exploração das situações vividas e análise do percurso do usuário pelo sistema.

Em estudo da constituição da atenção domiciliar como rede substitutiva de cuidado em saúde, Silva et al. (2010, p.168) definiu traçadores como *“uma estratégia de investigação utilizada tanto em estudos quantitativos como em estudos qualitativos, tanto em ciências sociais e políticas, quanto nas áreas de educação e saúde, podendo ser desenhados prospectivamente ou identificados retrospectivamente.”*

Nesse estudo, utilizo essa metodologia para analisar retrospectivamente as duas situações descritas, na tentativa de verificar, na prática, os processos de trabalho e o cuidado em saúde, que envolvem a regulação e a rede de serviços do município. Por meio dos casos traçadores, busquei identificar aspectos do trabalho em saúde que poderiam não ser observados em entrevistas, com base em situações hipotéticas. A análise dos casos permitiu a formulação de questionamentos a partir de situações concretas, que muitas vezes os próprios entrevistados não haviam valorizado ou observado.

Nas entrevistas com os usuários foram investigadas as experiências vividas nos serviços, como se deu o cuidado, existência de vínculo com os serviços, acessibilidade e outras impressões e expectativas acerca dos mesmos. Nas entrevistas com os profissionais das equipes foram explorados aspectos relativos aos seus processos de trabalho, à sua visão sobre a articulação entre os serviços da rede e destes com a regulação, a participação em reuniões ou outros encontros com os profissionais da rede e a participação em processo regulatórios, tais como a definição de fluxos, protocolos, dentre outros. Além dos dois serviços citados, outros foram sendo incorporados ao processo, quando isso foi possível, na medida em que apareciam nas entrevistas como parte do percurso dos pacientes.

Todas as entrevistas foram realizadas nas unidades de saúde, com agendamento prévio por telefone, gravadas em meio digital e posteriormente transcritas. Os dados foram coletados após parecer favorável, número 151.936, do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade

de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e autorização do Gestor Municipal. Os profissionais e usuários entrevistados consentiram voluntariamente em colaborar com o estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Também foram analisados documentos produzidos pela gestão municipal, tais como relatórios da ouvidoria municipal, protocolo de Atenção Básica, ficha de atendimento, relatório médico e estatístico da central de regulação. As informações sobre a rede de serviços e perfil epidemiológico, demográfico e sócio econômico do município, foram extraídas do Plano Municipal de Saúde de Guarulhos, período 2010-2013.

Além disso, observei a dinâmica de duas reuniões com as equipes: mesa de pactuação hospitalar e reunião entre médicos da rede básica, alguns especialistas e regulação.

A partir da análise dos casos e da leitura das transcrições das entrevistas, quatro categorias analíticas importantes foram produzidas: regulação e modelo de atenção; regulação e gestão do cuidado; construção e uso de protocolos e dinâmica do trabalho em saúde. A partir dessas categorias foi realizada uma busca por referenciais teóricos que me auxiliassem no entendimento e no caminho de alternativas para os problemas identificados.

Vale destacar que tanto na UBS como na Central Ambulatorial, as entrevistas se deram em grupo. Nos dias marcados os profissionais dessas equipes se juntaram numa sala e participaram coletivamente da entrevista. Isso, na minha avaliação enriqueceu o processo, pois havia diferentes opiniões, que foram ativamente discutidas durante o encontro. Com os profissionais do Hospital e da Central de Urgência não foi possível adotar essa dinâmica, em função de problemas de agenda, já que a lógica hospitalar e da urgência, mais verticalizada, restringe essa possibilidade de articulação em espaços coletivos.

V – O MUNICÍPIO

Após a publicação do Pacto Pela Saúde em 2006, que destacou metas e responsabilidades para cada esfera de gestão, e a regulamentação da Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, por meio da Portaria GM nº 1549 de 01 de agosto de 2008, muitos municípios brasileiros passaram a priorizar a organização de processos regulatórios como uma das estratégias para qualificação da gestão do SUS. Além disso, a partir de 2006, foram formalizadas algumas linhas de financiamento, com repasses de recursos federais, para a construção de Complexos Reguladores e informatização da rede assistencial de saúde.

No estado de São Paulo, em 2007, o processo de regionalização culminou com a constituição de 64 Regiões de Saúde e seus respectivos Colegiados de Gestão Regional – CGR, (atualmente são 63) e, recentemente, na constituição de 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde e seus respectivos Comitês Gestores de Redes – CG-Redes (SÃO PAULO, 2007 e 2011). Este processo, articulado com a publicação do Decreto nº 7.508/11, que regulamenta a Lei 8080 e dispõe sobre planejamento, assistência à saúde e articulação interfederativa, tem favorecido o debate entre os gestores no que se refere à constituição de redes regionalizadas de atenção à saúde com vistas à melhoria do acesso aos serviços de saúde, o que amplia o debate sobre dispositivos regulatórios no SUS.

O município de Guarulhos, como parte integrante da Região Metropolitana de São Paulo, participou ativamente deste processo. Num primeiro momento constituiu-se enquanto uma região de saúde de um único município, compondo um Colegiado de Gestão Regional em que se relacionava exclusivamente com a Secretaria de Estado da Saúde – SES-SP. Num segundo momento esse desenho foi alterado e o município de Guarulhos passou a integrar a Região de Saúde do Alto Tietê, compondo um CGR com a SES-SP e mais 10 municípios da região.

Influenciado pelos dispositivos presentes no Pacto de Gestão e suas linhas de financiamento, iniciou a estruturação de seu Complexo Regulador a partir de 2006, contando atualmente com um Complexo Regulador, composto pelas Centrais Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência e Emergência, esta última articulada com o SAMU.

O município é um dos 39 que integram a Região Metropolitana de São Paulo. Situado a apenas a 17 km da capital, tem uma área de 319 Km² e uma população de 1.221.979 habitantes (IBGE, Censo 2010).

Em seu território há áreas de mananciais em regiões de proteção ambiental, que ocupam parte da várzea do rio Tietê. Outra característica são as importantes rodovias que atravessam o município, assim como a presença no território do Aeroporto Internacional. Possui o segundo maior Parque Industrial do Estado de São Paulo, destacando-se como a 9ª economia do país e a 2ª do Estado de São Paulo, segundo o IBGE.

De acordo com informações do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010-2013, o crescimento industrial da cidade, com a consequente riqueza e produção material gerada, até o ano 2000 não foi acompanhada pela melhoria das condições de vida de seus habitantes. *“O grande fluxo populacional migratório que se dirigiu a Guarulhos em busca de oportunidades de trabalho e emprego foi desordenado e criou um movimento sócio territorial, onde faixas da população de menor renda foram privadas de condições básicas de urbanidade e de inserção efetiva à cidade, gerando graves desigualdades sociais contribuindo, sobremaneira, para o aumento das iniquidades e fatores de risco às doenças e aos agravos de saúde.”* (PMS GUARULHOS, 2007, p.17)

Em 2009, observa-se decréscimo significativo na taxa de mortalidade infantil que oscilou de 13.62, em 2008, para 10.79, em 2009. Os indicadores apontam também para queda do número de óbitos por causas externas, em especial homicídios. Condicionado pela diminuição da natalidade, mortalidade e do aumento de esperança média de vida, há um processo de envelhecimento da população.

Deste modo, existem as condições para uma dupla carga de doenças na população, ou seja, por um lado há a manutenção de doenças infecciosas, como a dengue, doença meningocócica, leptospirose, tuberculose, influenza e outras; e por outro lado, há alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer, diabetes, hipertensão e outras cardiovasculares, e as doenças mentais.

De acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde, com relação à oferta de serviços de saúde, encontramos os seguintes equipamentos:

- 67 Unidades Básicas de Saúde
- 02 Ambulatórios de Especialidade (CEMEG e Criança)
- 03 serviços de atendimento especializado DST – AIDS (02 Municipais e 01 Estadual)
- 01 Centro de Estimulação Precoce - CEP
- 01 Centro de Atendimento à Pessoa Deficiente - CAPD
- 01 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador – CEREST
- 06 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS
- 04 Centros Especialidades Odontológicas - CEO
- 07 Policlínicas
- 07 Hospitais (03 Municipais, 02 Filantrópicos de Gestão Municipal e 02 Estaduais)
- 01 Laboratório de Saúde Pública
- 01 Serviço de Verificação de Óbito
- 01 Centro de Controle de Zoonoses
- 01 Serviço de Profilaxia da Raiva
- 01 Farmácia Popular

- 07 Bases do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- Serviço de Transporte Sanitário

O município tem em média, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para cada 19.329 habitantes (dados de dezembro de 2009), o que de acordo com parâmetros do Ministério da Saúde e OPAS pode ser considerado adequado. No entanto, quando levamos em consideração a distribuição geográfica das unidades, observam-se importantes desigualdades territoriais. O Plano de Saúde aponta para a necessidade de superação da fragmentação das ações e dos serviços de saúde, qualificando e aprimorando estratégias para contratação e fixação de profissionais, principalmente de médicos. Coloca também a necessidade de fortalecimento da gestão do cuidado, ordenada pela Atenção Básica, para doenças crônicas não transmissíveis.

Em 2005, a Secretaria da Saúde deu início ao processo de territorialização como primeiro passo para reconstrução de um modelo de atenção à saúde, voltado para a realidade local, respeitando a diversidade dos diferentes territórios da cidade. Em 2007, com adesão do Município ao Pacto pela Saúde, foram constituídos os Colegiados de Gestão Intramunicipais, com representação dos Distritos de Saúde em cada Região de Saúde e um Colegiado de Gestão Regional com a representação de gestor municipal e estadual.

Em 2009, nova análise da dinâmica populacional dos territórios foi efetivada, observando-se a necessidade de reformulação das áreas de abrangências das unidades básicas de saúde e consequentemente dos distritos de saúde e das regiões municipais. Esta reformulação foi realizada de forma participativa, incluindo-se os gestores locais das unidades de saúde e a população, por meio dos conselhos gestores e de questionário aos usuários das unidades básicas. Foram utilizados na análise, dados demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos, acessibilidade, porte das unidades de saúde, oferta da demanda, referenciamento para média e alta complexidade e outros dados pertinentes. Dessa maneira, atendendo às

necessidades observadas, foram definidas **quatro regiões de saúde** com o objetivo de facilitar a gestão, as referências, o processo de planejamento local e definição de prioridades, conforme mapa abaixo:

Mapa: município de Guarulhos, suas regiões e distritos de saúde, 2011.

Em 2011, o município passou a compor a Região de Saúde do Alto Tietê e seu respectivo Colegiado de Gestão Regional.

De acordo com informações do Plano de Saúde, a Secretaria da Saúde de Guarulhos tem como diretriz a conversão do Modelo de Atenção para Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização e ordenação do Sistema de Saúde. Para tanto, a estruturação de Redes de Atenção à Saúde eficientes e efetivas, que considerem a integralidade na atenção à saúde e ao mesmo tempo respeitem a lógica de economia de escala na produção de serviços especializados, deve ser perseguida na consolidação do Sistema de Saúde de Guarulhos.

A análise do percentual das dez principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica em Guarulhos no período 2005-2009 permite constatar a necessidade do fortalecimento da Gestão do Cuidado ordenada pela Atenção Básica para a consolidação das Redes de Atenção a partir das Linhas de Cuidado para: Hipertensão, Diabetes, Doenças Respiratórias, Doenças do Aparelho Cardiocirculatório, Trato Urinário e Doenças do Sistema Nervoso. A atenção ambulatorial especializada de média complexidade vem sendo ampliada progressivamente, sendo as unidades básicas de saúde ou as equipes de saúde da família a principal porta de entrada no sistema, respeitando os princípios da regionalização e hierarquização.

A eficiência da rede especializada de média complexidade sofre pressões variadas, seja por encaminhamentos inadequados da rede básica, pela insuficiência de recursos assistenciais e pela gestão limitada dos recursos disponíveis.

Existe um absenteísmo importante, em torno de 40%, provavelmente ocasionado pela demora no agendamento de consultas e procedimentos com oferta insuficiente, gerando o paradoxo da concomitância entre necessidade de atendimento e perda acentuada da oferta existente.

Os serviços de assistência de urgência e emergência do SUS estão organizados em 07 policlínicas, 07 prontos socorros de hospitais gerais e

especializados e o SAMU. Atualmente essas policlínicas estão se transformando gradativamente em Unidades de Pronto Atendimento – UPA, conforme modelo do Ministério da Saúde (MS).

A análise da produção de consultas médicas na rede de saúde aponta para uma redução nas consultas médicas básicas no ano de 2009, quando comparado a 2008, e uma elevada produção nas consultas de pronto atendimento, em que casos que seriam solucionados na atenção básica se misturam com casos de urgência e emergência.

Como instrumento de regulação do fluxo de urgência e emergência entre as unidades que compõem o sistema de atendimento pré-hospitalar fixo e móvel (SAMU), foi pactuada e elaborada uma grade de referência, que é revisada e atualizada anualmente ou sempre que necessário.

Essa grade é utilizada pela Central de Regulação de Urgências (CRU) municipal, vinculada ao Complexo Regulador, que funciona 24h e atua mediante a utilização de protocolo clínico e operacional, articulando-se quando necessário com a Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), da Secretaria de Estado da Saúde.

Com a adesão ao Pacto de Gestão, tornou-se imprescindível a implementação das ações de Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria, visando efetivar os compromissos pactuados no Termo de Compromisso de Gestão.

A partir de 2008, o Complexo Regulador Municipal se estruturou em 3 áreas: Central de Regulação Ambulatorial – CRA, Central de Regulação de Urgência – CRU, e mais recentemente, a Central de Regulação Hospitalar – CRH (ainda em fase de estruturação).

Em dezembro de 2007 foi instituída a Ouvidoria Municipal da Saúde, mediante o Decreto Municipal nº 25.013 e, em setembro de 2008, iniciou-se o trabalho integrado ao Ministério por meio do Sistema Ouvidor SUS. A utilização efetiva, estruturada e integrada da Ouvidoria com o Ministério possibilitou um avanço substancial na democratização das informações em saúde, maior agilidade no processo de acolhimento, acompanhamento e resposta às manifestações recebidas.

A Secretaria da Saúde entende que a *“Ouvidoria não é apenas um canal de escuta, é também um instrumento de gestão e de controle social, à medida que dá voz ao cidadão comum – que muitas vezes desconhece seus direitos de cidadania – e estimula a organização da representação social (Conselho de Saúde, por exemplo) para que sua manifestação se transforme em bem para a coletividade”*. (PMS, Guarulhos, 2007, p.72)

a) O Complexo Regulador

A partir de 2006, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou o processo de transformação da central de marcação de consultas e do plantão controlador de urgências num Complexo Regulador. Primeiramente foi realizada revisão dos contratos com os prestadores de serviço, atribuindo-lhes metas quantitativas e qualitativas relacionadas ao atendimento prestado. Foram realizadas capacitações dos técnicos no Curso Básico e de Tutores em Regulação, Avaliação, Controle e Auditoria no SUS. As unidades de saúde foram informatizadas e foi implantado o Sistema de Regulação - SISREG III, aplicativo disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento do complexo regulatório. Em 2007 foi criada, no organograma da Secretaria, a Divisão Técnica do Complexo Regulador, formalizando as Centrais Ambulatorial, Hospitalar e de Urgência, já em funcionamento.(OPAS, 2011b)

Toda a rede de atenção à saúde foi capacitada para o uso da ferramenta informatizada (SISREG III) e foram instituídos encontros periódicos com os prestadores de serviços, coordenadores de distritos e profissionais que atuavam na recepção das unidades de saúde para discutir o processo de trabalho de cada ponto de atenção. Em cada uma das 4 regionais de saúde do município foi instituída a figura de um regulador descentralizado que faz a interlocução do Complexo Regulador com a rede de serviços de cada região.

A partir de um processo de discussão com profissionais da rede e associações médicas, foi elaborado o Protocolo de Regulação da Atenção

Básica, que define critérios para priorizar e agendar os encaminhamentos às consultas especializadas e exames.

A Central de Regulação Ambulatorial opera com base nestes protocolos de regulação. O sistema de agendamento ambulatorial funciona numa lógica de adequação de oferta e demanda. Há uma lista de procedimentos ambulatoriais a serem regulados, organizados por linhas de cuidado em que há uma oferta inferior à demanda.

A CRA utiliza protocolos de acesso para priorização e classificação de risco e define os procedimentos regulados centralizadamente, em virtude de baixa oferta e ou alto custo. Para os demais procedimentos, há cotas para as Unidades solicitantes agendarem de acordo com sua necessidade e demanda. Nesses casos, a CRA faz o monitoramento da utilização das cotas pelas unidades.

Há procedimentos regulados por fora do sistema – SISREG – com solicitação realizada por meio de memorando enviado à respectiva Supervisão de Saúde. Normalmente isso acontece por se tratarem de ofertas não disponíveis no município, acessadas em outro município por meio da regulação do estado.

Nos relatos dos profissionais que atuam na central ambulatorial foi bastante enfatizada a necessidade de ampliar o diálogo com a rede de serviços. Embora tenham sido criados alguns espaços para esses encontros, eles avaliam que ainda há fragmentação. A equipe entrevistada da UBS sente que esses espaços poderiam ser mais produtivos.

A Central de Regulação de Urgências é a única que não utiliza sistema informatizado. Trabalham com uma planilha na qual é preenchida a ficha de solicitação inicial e os encaminhamentos realizados. Operam segundo uma grade de referência pactuada para urgência e emergência, que estabelece, previamente, os fluxos de demanda segundo as especialidades. A pactuação da grade de referencia acontece na Mesa de Pactuação Hospitalar e é publicada no Diário oficial do município. As solicitações de urgências inter-hospitalares são feitas de médico para

médico. Os médicos reguladores da CRU ordenam a demanda, de acordo com a gravidade e o risco apresentado de cada pessoa usuária.

Nos relatos da profissional da CRU fica claro que os protocolos, normas e grade de referência estão instituídos, mas nem sempre são respeitados pelos profissionais dos serviços. Nos relatos dos profissionais do hospital não há referências de que tenham participado dos espaços de construção das diretrizes regulatórias. Somente a direção do hospital participa desses fóruns.

As principais dificuldades apontadas pela CRU estão relacionadas ao acesso aos leitos de Unidade de terapia Intensiva - UTI, cirurgia cardíaca (principalmente infantil) e queimados. Nesses e em outros casos, em que não há disponibilidade de vagas no município, é acionada a CROSS, que disponibiliza um sistema, via internet, para a CRU municipal fazer a solicitação da vaga e acompanhar seu andamento.

Segundo relatos, a maioria dos casos é resolvida no próprio plantão, exceto aqueles descritos acima, que podem demorar até 24 horas para serem resolvidos. De acordo com as estatísticas da CRU, das solicitações encaminhadas, cerca de 70% são conseguidas e 10% canceladas por terem sido resolvidas pela unidade. As demais solicitações são consideradas não pertinentes ou canceladas por outros motivos, tais como óbito, melhora, evasão ou sem condições de remoção.

Referem também a falta de uma estrutura para fazer a regulação do paciente que foi estabilizado, mas ainda não tem condições de alta, pois tem um diagnóstico de uma doença que vai levá-lo a uma situação crítica e cujo tratamento depende de uma especialidade não existente no hospital. Esses casos não são considerados como urgência e a busca do recurso necessário para seu diagnóstico e ou tratamento adequado fica na responsabilidade do hospital.

Segundo relato de um dos entrevistados *“existem situações em que a avaliação do especialista, não só determina o plano terapêutico, como interfere no tempo de permanência do paciente no hospital e na possibilidade de sobrevida, além de diminuir o stress dos familiares e equipe*

médica.” Esses casos, aos quais chamo de “urgência relativa”, não são objeto de ação da central de regulação do município e nem do estado.

A CRU e o SAMU trabalham de acordo com a mesma grade de referências pactuada, porém de acordo com opinião de profissional da CRU, houve uma perda quando a CRU foi transferida para outro espaço físico. Antes os serviços funcionavam no mesmo local (SAMU e CRU), o que, segundo ela, propiciava maior integração entre os serviços.

A Central de Regulação Hospitalar examina e autoriza a internação (AIH) dos pacientes, a partir do laudo emitido pelo hospital por meio do SISREG III, mas ainda não dispõe de um mecanismo para acompanhar a ocupação dos leitos e as vagas disponíveis, o que limita sua capacidade de intervenção.

b) Os espaços de encontro

Há vários espaços de encontro previsto pela Secretaria Municipal de Saúde, tais como reuniões com gestores, comitês, oficinas de trabalho, dentre outros. Aqui destaco os três, que são periódicos e foram referidos pela equipe do Complexo regulador como os mais estratégicos para regulação.

A “Mesa de Pactuação da Rede Hospitalar”, instituída em 2006, tem como objetivo discutir e pactuar propostas referentes à rede hospitalar do município e à regulação da referência e contrarreferência no atendimento hospitalar e pré-hospitalar aos serviços que compõem o sistema municipal de saúde. Este é um importante fórum de negociação, de que participam representantes da gestão municipal, dos sete hospitais (três municipais, dois estaduais e 2 filantrópicos de gestão municipal), da Central de Urgências, do SAMU e quando necessário, dos Pronto-Atendimentos.

A reunião é bastante participativa, com muitas queixas, mas também alguns encaminhamentos acordados por todos. Muitas vezes retomam

encaminhamentos e acordos já realizados. É perceptível que sentem conformar um grupo, não importando ser o hospital estadual ou municipal para as reivindicações, feitas indistintamente. A equipe da regulação e a representação da gestão às vezes ficam numa “saia justa”, pois não tem resposta para tudo.

Existe um segundo espaço de encontro mensal, entre os médicos da rede e a equipe da Central Ambulatorial. Segundo os relatos, o secretário de saúde estava incomodado com o fato de, nas visitas às regiões, encontrar muita reclamação sobre a regulação e demais serviços. “*Quando ele ia à atenção básica reclamavam, quando ia à especialidade reclamavam, no Hospital reclamavam.*” Assim ele propôs que a regulação “*sentasse com todo mundo*” para entender o que estava acontecendo.

Assim, a regulação organizou mensalmente essas reuniões, para as quais as regionais convocam 10 médicos da rede básica (por região). No primeiro semestre o encontro ocorreu pela manhã, no segundo à tarde, para possibilitar a participação de todos, independentemente do horário de trabalho. A ideia é que cada médico participe, no mínimo, de uma reunião por ano.

Nesses encontros, há um primeiro momento em que um especialista fala sobre sua especialidade; são aulas de atualização sobre os diversos temas. Num segundo momento, a regulação apresenta as situações problema encontradas e as coloca em debate com a rede.

Participei de um desses encontros e pude observar que no primeiro momento não há uma participação efetiva, exceto quando entram na discussão sobre encaminhamentos e fluxos. O segundo momento é bem diferente; todos se colocam. A regulação aponta as falhas encontradas (encaminhamentos equivocados, ficha preenchida por um administrativo que visivelmente não entendeu a letra do médico, poucas sugestões enviadas para aperfeiçoar o protocolo...) e os profissionais da rede se defendem, muitas vezes acusando a regulação por não dar respostas.

As colocações são intermediadas pelas falas dos reguladores. Eles coordenam a reunião. Se no primeiro momento os profissionais das UBSs

ouviam a “aula” do especialista, neste segundo momento há um tensionamento, reclamam da falta de contrarreferencia e da falta de articulação com os especialistas.

O terceiro espaço de encontro acontece entre a equipe de regulação ambulatorial e os profissionais que atuam na recepção das UBS. Esse encontro também é mensal. Num mês acontece na região com o responsável pela regulação na Supervisão Regional, e no outro mês com todos, na Secretaria, sob a coordenação de profissional da CRA. Segundo relatos, o objetivo é tirar as dúvidas sobre o uso do SISREG, os fluxos implantados e buscar alternativas para as dificuldades colocadas por eles durante a reunião.

Todos esses espaços são fundamentais e oferecem subsídios importantes para a regulação. São momentos de encontros em que surgem conflitos, disputas de poder e são produzidos consensos. No entanto, para de fato atingir seus objetivos, necessitam de aprimoramento no sentido da ampliação da permeabilidade dos encontros, de relações mais horizontais e maior disponibilidade para autoanálise e criação de “espaços intercessores” (MERHY, 2006), nos quais um intervém sobre o outro, propiciando encontros onde as necessidades são compartilhadas.

VI. OS CASOS

a) Caso JP

Dona G e seus filhos fazem acompanhamento na UBS Paulista. Ela fez pré-natal de três dos seus nove filhos na UBS. Um deles é JP, atualmente com 21 anos, que durante a infância teve várias crises de bronquite. O pai de JP teve Tuberculose (TB) há dois anos e sua irmã caçula fez quimioprofilaxia com pneumologista do Ambulatório da Criança.

Em 2012, JP começou apresentar tosse, febre e, segundo relato da mãe, havia escarrado sangue por 2 vezes. Procuraram a UBS Paulista com essa queixa. A médica suspeitou de Tuberculose e solicitou exames confirmatórios. O Raios-X realizado mostrou uma infiltração típica de TB, mas o exame para identificação do bacilo de Koch (BK) teve resultado negativo.

São 10 pessoas vivendo na mesma casa e os exames solicitados aos membros da família que puderam comparecer na Unidade (mãe e 3 dos filhos, um é JP) deram resultados positivos ou sugestivos de TB.

A médica da UBS levou o caso da família para discussão em reunião de casos, que ocorre periodicamente com médicos do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (estratégia de matriciamento para descentralização do tratamento de TB). Lá a orientação foi seguir o protocolo e tratar apenas os usuários com Raios-X alterado, fazer quimioprofilaxia dos outros 2 com Raios-X suspeito e fazer observação dos demais membros da família com Raios-X mensal.

A médica sabia que os adultos da família não viriam fazer mensalmente o Raios-X, pois nem compareceram quando ela chamou para fazer a investigação diagnóstica. Considerou que não adiantaria tratar metade da família e não tratar os demais. Ela queria tratar todos da família independente dos exames, já que houve uma recidiva em paciente já

tratado há 2 anos (filha caçula). Com o apoio da Diretora do Distrito, a médica iniciou o tratamento sem a concordância dos colegas da reunião de matriciamento. Fez a notificação dos casos como suspeitos, informou que o tratamento seria supervisionado, e assumiu a responsabilidade de que a mãe (que ela conhece há 10 anos) ministraria o tratamento na família (o que de fato ocorreu). Assumir essa conduta não foi fácil para ela, ficou um pouco insegura, mas achou que era o que deveria ser feito. Ou seja, ela não seguiu o protocolo estabelecido e confiou no seu olhar e conduta clínica, considerando as particularidades daquela família.

Paralelamente a esses fatos, JP teve uma suspeita do hipotireoidismo. A médica, preocupada, pediu encaminhamento para o endocrinologista, através da Central de Regulação Ambulatorial. No entanto, ela não seguiu o protocolo previsto para o encaminhamento a essa especialidade: não fez a descrição do caso clínico e não informou exames prévios, necessários para o encaminhamento. A regulação devolveu o encaminhamento e solicitou as informações previstas. Ela encaminhou novamente descrevendo melhor o caso e informando os valores dos exames TSH e T4. A regulação devolveu novamente, pois o protocolo preconiza mais 2 exames para realizar o encaminhamento (ANTI PO e ANTI TG). O paciente nesse período estava deprimido em virtude do diagnóstico da tuberculose, se recusando a tomar os medicamentos e não quis fazer nova coleta de exames. Além disso, ele não podia mais se ausentar de seu trabalho.

A médica desistiu de encaminhar ao endócrino, foi pesquisar mais sobre a doença e iniciou tratamento do hipotireoidismo. Aos poucos o paciente melhorou sensivelmente de seu quadro clínico. A médica referiu que ficou insegura em iniciar o tratamento, mas considerou não ter alternativa. A regulação disse que nessa situação ela deveria ter ligado e explicado o caso, e assim poderiam ter reavaliado a conduta. Ela disse que sua rotina não permite esse tempo. Quando perguntada, afirmou que se tivesse uma possibilidade de discutir o caso, talvez não necessitasse do encaminhamento.

Na regulação estão registrados os seguinte pedidos pela UBS Paulista para JP :

- Consulta em Oftalmologia em 08/10, queixa cefaleia e distúrbio visual, HD cefaleia – aprovado.
- Ortopedia em 10/11, HD sinovite, leva Raios-X para consulta – aprovado.
- Ressonância Magnética (do joelho) em 11/11, HD varizes em membros inferiores (Ortopedista fala em lesão do menisco e solicita o exame via UBS) – aprovado.
- Broncofibroscopia em 02/12, HD TB – aprovado.
- Ultrassonografia de tireoide em 02/12, HD TB e suspeita de tireoidite – aprovado.
- Consulta em Endocrinologia em 03/12 – devolvido

b) Caso C

C tem 40 anos, é hipertenso e não costuma fazer controle. Tomava remédios apenas quando a pressão subia e não fazia acompanhamento na UBS.

No dia 06/08/12, após discussão com seu irmão, ele começou a sentir “dor na nuca, no intestino e na coluna” (sic). Foi até o Pronto Atendimento (PA) São João com queixa de dor abdominal, vômito e febre. Lá recebeu o diagnóstico de abdômen agudo e indicação de cirurgia geral. O hospital de referencia do PA é o Hospital Geral de Guarulhos (HGG). O HGG não aceitou o caso argumentando estar lotado. O PA entrou em contato com a CRU, que após negativa do Hospital Municipal de Urgência, Hospital Pimentas Bonsucesso, Hospital Padre Bento e do próprio HGG orientou o médico do PA que se julgasse cirúrgico de urgência deveria encaminhar para o HGG, pois apesar de lotado lá tinha cirurgião e centro cirúrgico.

No dia 10/08/12 C foi levado de ambulância acompanhado de uma enfermeira para o HGG. Deu entrada através do Pronto Socorro e no dia 13/08/12 foi transferido para sala de observação da emergência.

No dia 14/08/12, após confirmação do diagnóstico de aneurisma de aorta, o HGG pediu à CRU transferência do paciente pois não faz esse tipo de cirurgia. No Hospital também havia suspeita de pneumonia. A CRU pediu vaga para CROSS e essa tentou vaga nos hospitais INCOR, Dante Pazzanese, Santa Casa e acabou fazendo vaga zero no Hospital Santa Marcelina

No dia 15/08/12 a CRU recebeu a informação da CROSS de que houve contato direto de médico do Santa Marcelina com médico do HGG e pediu à CRU para acompanhar o caso e informar sua resolução. No dia 15/08/12 às 16:00 horas HGG retomou a ligação e informou que, de comum acordo com o Santa Marcelina, após discussão do caso, optou-se por tratar a pneumonia e realizar cateterismo no HGG, para depois disso entrar em contato novamente para solicitar a cirurgia.

Dia 17/08/12 fizeram novamente o pedido à CRU e da CRU à CROSS. Nesse momento houve um lapso na informação. A CROSS disse que fez vaga zero na primeira solicitação e não entendia porque o paciente não foi encaminhado. Na verdade, ele estava tratando a pneumonia. Dia 19/08/12 o HGG fez novo pedido e continuou aguardando.

No dia 19/08/12 a família entrou com ação judicial contra o HGG para transferir C para a Beneficência Portuguesa. No dia 20/08/12 o paciente foi transferido ao Santa Marcelina e fez a cirurgia. Segundo informação do HGG a vaga foi conseguida independentemente da ação judicial, pois já estavam tentando transferir o paciente. C teve alta no dia 13/09/12.

C mora na área de abrangência da UBS Bonsucesso, que adota a Estratégia de Saúde da Família. Em visita domiciliar, a Agente Comunitária de Saúde (ACS) ficou sabendo que C havia passado por uma cirurgia cardíaca. Quando teve notícia da alta, a ACS levou o médico da Unidade Saúde da Família (USF) para a visita no dia 03/10/12. Ele passou a acompanhar o caso, mas não interferiu na conduta, pois C ainda estava

em acompanhamento no ambulatório do Santa Marcelina. Não houve nenhuma informação do Santa Marcelina para a UBS sobre a alta e conduta realizada. A ACS passou a realizar visitas quinzenais a C e ele aparentemente começa a se vincular à unidade.

VII – A REGULAÇÃO E A REDE DE SERVIÇOS

a) A contribuição da Regulação na construção do modelo de atenção à saúde

Experiências em vários países têm demonstrado que a construção de Redes de Atenção à Saúde – RAS - pode ser um caminho para conquista de um modelo de atenção com vistas à integralidade da atenção e qualificação dos sistemas de saúde. Conforme definição da Organização Pan-Americana da Saúde, Rede de Atenção é *“uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve.”* (OPAS, 2011a, p.15)

Fernandes Silva e Magalhães Junior (2008, p.81) definem rede como *“representação de uma malha interconectada que integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para promoção à saúde.”* Estes autores apontam três principais argumentos para justificar a importância da construção de redes: o aumento da prevalência das doenças crônicas, cujo enfrentamento teria sua efetividade reduzida em sistemas de saúde fragmentados e direcionados prioritariamente para as condições agudas; o custo crescente no tratamento das doenças que a construção de redes poderia amenizar, levando em consideração a economia de escala e de escopo e, finalmente, a maior perspectiva de avanços na integralidade e construção de vínculos.

Mendes (2011) traz uma definição de redes pautada num determinado modelo de atenção e que pressupõe um sistema regulado, quando diz que *“redes são organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma*

ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidade sanitária e econômica e gerando valor para a população.” (MENDES, 2011 apud HARZHEIM, OPAS, 2011c, p.48)

Como podemos observar, essas definições não são divergentes entre si, mas se complementam, cada uma dando ênfase a uma dimensão da constituição das redes de atenção. Ambas partem do pressuposto que para configuração das RAS são necessários alguns componentes, tais como: espaço territorial e população de cobertura definidos, mapeamento dos pontos de atenção que vão compor a rede, um sistema logístico que interligue os pontos e espaços de governo compartilhado, que propiciem a articulação e cooperação entre os gestores e destes com os demais atores envolvidos no território, como prestadores, organizações sociais, Organizações Não Governamentais (ONGs), profissionais de saúde e representantes da sociedade civil. As Comissões Intergestores Regionais – CIR- previstas no Decreto 7508/11 e os Comitês Gestores de Redes – CG-Redes⁵ - previstos na Deliberação CIB nº 36/2011 se constituem num dos principais lócus de governo compartilhado regional do SUS.

Assim, a regulação da atenção tem importante papel na conformação e operacionalização das RAS, na medida em que busca favorecer o percurso do usuário pelos serviços ou pontos de atenção, utilizando normas e protocolos para orientar o acesso, definindo responsabilidades e disponibilizando de informações relevantes para a tomada de decisões.

A regulação da atenção é um importante mecanismo para o funcionamento das RAS, pois parte de premissas, como o cadastramento dos usuários e serviços de saúde, a utilização de protocolos de acesso construídos de forma participativa, os contratos com prestadores públicos e

⁵ CG-Redes é uma instância criada pela CIB-SP com objetivo de coordenar a definição do desenho e fluxos das redes temáticas na área de abrangência de cada Rede Regional de Atenção à Saúde, a partir das pactuações das CIRs.

privados com definição de responsabilidades e o monitoramento e avaliação das ações e serviços prestados. Assim, um dos requisitos para rede de atenção ser integral é a regulação pública eficaz.

Cecílio (2001) define duas dimensões para se trabalhar a integralidade do ponto de vista da atenção; uma mais focalizada, que é fruto da articulação dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, e outra com foco mais ampliado, que prevê a articulação entre os serviços de uma rede dentro do setor saúde e também intersetorialmente.

Neste estudo ficou bastante evidente a fragilidade destas duas dimensões da integralidade no sistema de saúde. Nos diversos relatos foi apontada a contrarreferência e a articulação entre os serviços como objetivos difíceis de serem atingidos. Na UBS pesquisada, que não adota a estratégia de saúde da família, não há rotina de reuniões de equipe. Argumentam não haver tempo de parar para se reunir e que a população não entenderia a interrupção do atendimento para fazer reuniões. Assim, a tentativa de buscar a integralidade do cuidado se dá em espaços informais de discussão.

A configuração das redes pode variar de acordo com o modelo de atenção. Segundo Ayres (2009, p.12), modelo de atenção à saúde pode ser entendido como “*a convergência de horizontes entre os diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações.*” O autor propõe o princípio da integralidade como aquele que tem uma relação direta com as tensões advindas dessas diversidades, pois é aquele que nos desafia a saber o “*que*” e o “*como*” se produzir saúde de forma universal, atendendo às necessidade de cada um.

Nessa perspectiva a construção de redes de atenção pode favorecer um modelo que propicie escuta às principais necessidades, integre as diferentes ações e serviços do campo da saúde e de outros setores e crie condições de diálogo entre os sujeitos que participam deste processo.

A implantação das redes de atenção favorece também um modelo que tenha a atenção básica como ordenadora do cuidado, com base

territorial definida, população adstrita, longitudinalidade do cuidado e corresponsabilização entre profissionais e usuários.

Essa aposta, vigente nas políticas atuais de construção do SUS e também no município estudado, supõe que a atenção básica, por estar mais próxima da realidade de vida dos usuários, seja capaz de identificar problemas, necessidades e prioridades em relação à saúde das pessoas de modo mais amplo e contextualizado. Supõe também a existência de vínculos e responsabilização entre equipes da atenção básica e usuários, o que tornaria os trabalhadores da atenção básica os mais indicados para coordenar os cuidados, articulando os demais recursos necessários para a produção do cuidado em questão.

No entanto, retomo as ideias de Cecílio (2001) para afirmar que não é somente na atenção básica que se dá a integralidade. A “integralidade ampliada” se dá a partir da articulação entre os serviços e a “integralidade focalizada” se dá a partir da articulação da equipe de um serviço para compreender as necessidades singulares de cada sujeito e ofertar o cuidado possível dentro do serviço ou em outro, por meio de uma rede articulada. Portanto, a abordagem com olhar ampliado e escuta cuidadosa não seria privativa da atenção básica, mas necessária em todos os espaços de atenção. E a atenção básica poderia cumprir relevante papel trazendo o contexto e as singularidades da produção de vida dos usuários para dentro do raciocínio clínico em torno dos casos.

A regulação pode auxiliar nesse processo de escuta das singularidades e definição de caminhos e fluxos entre os serviços da rede. Assim ela pode atuar numa dimensão macropolítica, propondo intervenções a partir de uma análise das principais demandas e do perfil de morbimortalidade da população; e também, numa dimensão micropolítica a partir da criação de espaços de diálogo com as equipes de saúde e tendo escuta para as necessidades singulares captadas a partir do encontro dos profissionais com os usuários.

A partir desta configuração, podemos afirmar que no SUS a organização das Redes de Atenção e da Regulação se apoia na articulação

com os serviços de saúde. A atenção básica teria a responsabilidade sanitária pelo território e deveria ter a capacidade de ordenar os fluxos e caminhos do usuário pelo sistema, a partir de informações relevantes do sujeito e da utilização dos protocolos pactuados para priorizar os encaminhamentos aos serviços especializados. Os demais serviços da rede teriam a responsabilidade pela integralidade focalizada durante o período que o usuário lá estivesse e colaborando no seu direcionamento dentro da rede, contribuindo para a continuidade do cuidado.

Segundo as apostas vigentes no SUS, o Complexo Regulador de uma região ou município partiria de uma atenção básica resolutiva e de uma atenção especializada responsável para poder funcionar de forma satisfatória e operar com olhar sobre uma dimensão macro territorial para tomada de decisão. A regulação operada nos serviços de saúde parte de um olhar do espaço da micropolítica e da singularidade dos sujeitos. Esses olhares são complementares e não devem se sobrepor um ao outro.

A relação entre o modelo assistencial e a regulação implantada é um aspecto fundamental para seu sucesso. Se a regulação trabalhar com uma lógica própria, sem articulação com a rede e voltada para o controle dos serviços privados contratados, vai estar fadada a administrar filas de espera intermináveis.

Carvalho e Cunha (2006, p.851) pensam o trabalho em equipe comparado a uma corrente, cuja resistência (eficácia) depende de todos os elos. *“Se a corrente é quase toda de aço, mas um dos elos é de plástico, a resistência à tração do conjunto é a do plástico e não a do aço”*. Essa metáfora chama a atenção para a necessidade de uma rede integrada, na qual todos os serviços funcionem de forma articulada e interdependente.

No município estudado, o acesso às consultas especializadas e exames é realizado por meio da atenção básica. De acordo com Starfield (2002), a possibilidade de um primeiro contato com profissionais da atenção primária antes de um especialista está associada diretamente à redução da utilização de outros serviços especializados e às consultas em salas de emergência. É claro que para isso é preciso enfrentar também a disputa

antimedicalização. A regulação pode e deve orientar esse fluxo, no entanto se há insuficiência na acessibilidade aos serviços de atenção primária, a possibilidade de eficácia dessa estratégia fica reduzida.

Para Cecílio (1997), é possível dizer que a estratégia de hierarquização dos serviços proposta pela OMS e aprovada em Alma Ata ⁶, em que a atenção básica ocupa a base de uma pirâmide, apesar da justeza dos princípios que representa, tem sido muito mais um desejo dos técnicos e gerentes do sistema, do que uma realidade.

“não adianta mais insistir na ideia de que o modelo da pirâmide é ótimo e que só nos falta implantá-lo definitivamente para que tudo fique bem para os usuários. Pelo contrário, é necessário pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas.”
(CECILIO, 1997, p.474)

Em seus documentos mais recentes, a OMS propõe a atenção primária como ordenadora do cuidado, ocupando uma posição central do sistema e não mais como base de uma pirâmide. Vale dizer que a definição de atenção básica adotada e produzida no Brasil tem peculiaridades em relação à definição de atenção primária. Explicitamos aqui de modo radical a disputa em torno do conceito de saúde, apostamos em equipes multiprofissionais com capacidade mais ampla de atenção e trabalhamos num cenário de extrema desigualdade social, em que segmentos expressivos da população convivem com situações muito adversas (bem diferente do que acontece no Canadá, Inglaterra ou mesmo Espanha e Portugal até recentemente, países frequentemente citados como exemplares de sistemas universais que apostam na atenção primária).

⁶ A Declaração de Alma-Ata foi formulada durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, no Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978.

Cecílio (1997) propõe um modelo em forma de círculo, de modo que o sistema de saúde contaria com várias portas de entrada e saída qualificadas como espaços privilegiados de acolhimento e reconhecimento de grupos mais vulneráveis, garantindo o acesso ao tipo de atendimento mais adequado para cada caso. Seja saindo do pronto socorro com consulta com dia e hora marcados na unidade apropriada, seja criando “vínculos provisórios” dentro do pronto socorro, seja garantindo internação domiciliar quando necessário. Assim, a Unidade Básica de Saúde seria uma das portas de entrada do sistema, e não a principal porta. Para tal modelo, é fundamental uma rede com pontos de atenção interligados e uma regulação que contribua para a articulação entre eles.

Estudos realizados por Starfield nos Estados Unidos em 1998 demonstraram que uma melhor acessibilidade aos serviços estava associada a uma maior probabilidade de atenção ao primeiro contato e a continuidade com o médico da atenção primária. Nesse estudo a acessibilidade foi medida considerando-se o tempo para chegar ao serviço (menor que 30 minutos), disponibilidade de atendimento em horários alternativos (não somente horários comerciais), espera menor que 5 dias para obter uma consulta e espera de menos de 30 minutos no consultório. Quanto maior o número dessas barreiras na acessibilidade ao serviço, menor era a atenção ao primeiro contato e a continuidade do cuidado. (STARFIELD, 2002)

Para essa autora, a acessibilidade, entendida como a possibilidade das pessoas chegarem e serem atendidas nos serviços de saúde, não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que os serviços de todos os níveis de atenção devem estar acessíveis. Entretanto, “os requisitos específicos para a acessibilidade diferem na atenção primária porque este é o ponto de entrada no sistema de serviços de saúde.” (STARFIELD, 2002, p.225)

Acrescenta ainda que a acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a “primeira atenção”. Se não houver acessibilidade a

atenção será postergada, gerando diagnósticos tardios e tratamentos mais invasivos e custosos.

No SUS podemos entender esta “primeira atenção” não somente como a que ocorre na UBS. As Unidades de Pronto Atendimento - ou qualquer outro serviço que não seja definido como exclusivo de demanda referenciada - são portas de entrada, especialmente nas situações agudas em que a UBS não tem as condições necessárias para prestar o serviço e nas situações não agudas nas quais a UBS não dispõe do serviço ou no horário em que ela não funciona. O importante não é a porta pela qual o usuário entra no sistema e sim como o sistema vai incluí-lo e construir seu caminho, para que tenha acesso às respostas às suas necessidades.

O usuário certamente adentrará a porta que estiver aberta ou mesmo entreaberta. Cecílio (2011) nos traz a ideia do “usuário-fabricador”, que é aquele que, por mais que o sistema de saúde tente enquadrar, vai transgredir as regras, pois é dono de seu cuidado, busca ter suas necessidades atendidas e faz suas escolhas. Assim, se ele entrar por uma UPA em virtude da agudização de uma doença crônica, deverá ser prontamente atendido, de forma a estabilizar seu estado de saúde e ser direcionado para o serviço capaz de realizar o acompanhamento e controle de seu agravamento. Mas para isso não basta simplesmente orientá-lo a procurar a unidade de saúde mais próxima de sua residência. É preciso garantir que o usuário saia de lá com a consulta agendada e dispor de algum mecanismo para informar à UBS que essa pessoa foi atendida no serviço de pronto atendimento, o motivo e as condutas. Se um usuário com transtorno mental procurar um CAPS, ele não está entrando pela porta errada. Os CAPS também são porta de entrada para o sistema. Este usuário deve ser acolhido e depois de avaliada a gravidade do seu quadro clínico poderá passar a ser acompanhado pelo CAPS ou encaminhado para acompanhamento na UBS. Para que esses fluxos ocorram faz-se necessário uma regulação consistente com uma Central integrada à rede de atenção e serviços estruturados para garantir acessibilidade e cuidado integral (porque de nada adianta

encaminhar para a suposta porta certa, se ela estiver fechada..., ou seja, inacessível por algum motivo).

No caso de C., analisado nesse estudo, o usuário, que não tinha vínculo com a UBS, procurou o Pronto Atendimento por uma agudização de um problema de saúde. Depois dos cuidados necessários para sua estabilização, incluindo aí a cirurgia realizada, a atenção básica procurou o paciente na tentativa de iniciar um vínculo com a UBS. No entanto, essa iniciativa de vinculação ocorreu a partir da visita da ACS, informada pelo do usuário e sua família, e não por ação ou contato das demais unidades do sistema de saúde. Observa-se a inexistência de formas de comunicação entre os serviços da rede para efetivar o atendimento integral e a continuidade do cuidado prestado.

A visita do ACS vale pela tentativa de produzir vínculo do usuário com a atenção básica, mas se mostra insuficiente em virtude da incipiente articulação entre os serviços. O vínculo de confiança do usuário ainda é com o Hospital em que foi operado, que fica em outra cidade. Quando ele necessitou de outra especialidade (neurologia) em virtude de uma sequela da cirurgia, o encaminhamento foi realizado pelo cardiologista do hospital para o ambulatório do mesmo serviço. Ele estava aguardando vaga para consulta e não houve iniciativa, nem dele, nem da atenção básica, em agendar uma consulta no município. Em outras situações, pelos relatos da equipe do hospital do município, os encaminhamentos para outras especialidades (não existentes no hospital) são feitos por meio da regulação, mas enquanto não conseguem a vaga, o vínculo do usuário é com o hospital. É a esse serviço que ele recorre para perguntar se vai demorar ou informar se a situação se agravou.

Com relação ao caso de J.P., percebe-se que há um vínculo de muitos anos de sua mãe com a UBS e demais serviços do SUS municipal. Ela fez o pré-natal na UBS, faz acompanhamento na GO, leva a filha caçula para acompanhamento pediátrico. Referiu ter credibilidade no serviço; *“toda vez que eu venho aqui, nem que seja uma palavrinha, a gente recebe.”* Observa-se um conhecimento da rede, suas qualidades e incapacidades.

“Quando eu sei que aqui eles não vão conseguir me atender, eu levo na Policlínica (PA).” Também já utilizou o SAMU quando o marido teve um desmaio. Ou seja, ela percorre todos os serviços da rede, mas sabe que a UBS é seu local preferencial de atendimento. No entanto, lamenta, por exemplo, que J.P. não tenha conseguido fazer nova coleta de sangue para confirmação diagnóstica, por impossibilidade de faltar novamente no trabalho. Nesse sentido podemos afirmar que houve falhas na acessibilidade ao serviço.

Vários critérios podem ser observados para propiciar que um serviço tenha acessibilidade. Starfield (2002) sugere algumas características necessárias aos serviços propostas a partir de uma pesquisa sobre a percepção a respeito da acessibilidade da atenção, realizada por Penchansky e Thomas em 1981, das quais destaco algumas que me pareceram de relevância para o SUS:

- Confiança do usuário no serviço
- A distância do serviço até a residência e a facilidade para chegar
- Tempo de espera para marcar a 1ª consulta
- Tempo de espera na recepção
- Tempo de espera para realização de exames diagnósticos
- Disponibilidade de horários do serviço
- Possibilidade para atendimento de casos agudos ou emergências no mesmo dia
- Possibilidade para atendimentos domiciliares
- Facilidade para entrar em contato com o médico quando necessário
- Ambiência do serviço
- Receber comunicado prévio no caso de necessidade de remarcação de consulta

Quando há deficiências na acessibilidade considerando os critérios listados, o sistema se subverte, sobrecarregando as portas de urgências

com casos que não necessitariam estar ali ou gerando enormes filas de espera para consultas a especialidades. A regulação tem o potencial de organizar o sistema, orientando fluxo, implantando protocolos para os encaminhamentos às especialidades e estabelecendo canais de comunicação e cooperação entre os trabalhadores dos diferentes serviços.

No entanto, se as portas não estiverem funcionando de forma a garantir a acessibilidade, a população descobrirá outros caminhos para ser atendida. Se a população não consegue acessar a UBS ou se não tem confiança nos serviços por ela prestados, a atenção básica fica fragilizada no exercício do seu papel de reguladora do sistema e coordenadora do fluxo dos usuários entre os diversos serviços da rede. No entanto, de forma inversa, quando isso acontece, se estabelece uma relação de confiança e esse sentimento se estende aos demais pontos da rede aos quais a atenção básica favoreceu o acesso ou quando deu continuidade ao cuidado prestado em outro serviço da rede.

A atenção básica ofertada pela SUS tem vários desenhos diferentes em sua atuação. A Estratégia de Saúde da Família – ESF - adotada como prioritária pelo Ministério da Saúde, atualmente conta com uma cobertura de cerca de 50% da população brasileira⁷. No município estudado a cobertura fica em torno de 20% em relação às ESF e 30% em relação aos ACS⁸. Os princípios organizativos da ESF incluem critérios de tamanho e composição das equipes e população coberta, responsabilidade sanitária pelo território, adscrição de clientela, vínculo, acolhimento com classificação de risco, atendimento humanizado, longitudinalidade do cuidado, dentre outros.

Com essa estratégia coexistem outros modos de operar Unidades Básicas que vão desde o atendimento tipo queixa conduta, sem agendamento, prontuário médico ou continuidade do cuidado, até modelos que se aproximam da ESF, porém com algumas adaptações, como por exemplo, substituindo o médico generalista por médicos das especialidades básicas, dentre outras.

⁷ Informação retirada de apresentações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

⁸ Informação retirada do Plano Municipal de Saúde de Guarulhos, 2010-2013.

Todas essas são consideradas pelo MS como unidades tradicionais, ou seja, que não adotaram a ESF. Não temos a informação precisa da quantidade de UBS que funcionam com os mesmos princípios da ESF, mas podemos inferir que se somarmos as unidades com ESF e as que adotam os mesmos princípios, teríamos a grande maioria das unidades funcionando segundo princípios da reforma sanitária.

No entanto, sabemos que essa afirmação não é verdadeira; o que temos encontrado são sistemas fragmentados e caracterizados pela descontinuidade dos cuidados. Mesmo nos locais onde está implantada a ESF, não significa que o modelo de atenção foi modificado, pois isso vai depender da forma encontrada pelo município e fabricada pelos trabalhadores e usuários para se produzir o cuidado em saúde.

Nos relatos obtidos a partir dos casos estudados, observaram-se fragilidades importantes relacionadas à gestão do cuidado ao usuário. Em que pese o reconhecimento por parte das equipes de que a regulação deveria se dar a partir da atenção básica, consideram que a UBS está fragilizada nesse papel por não ter estrutura, recursos e equipe suficiente. De fato, ficou evidente nos relatos que o usuário é o responsável por procurar a UBS para saber do seu retorno ou da autorização para o agendamento para a especialidade. Não há acompanhamento de faltosos ou busca por usuários com diagnósticos de doenças crônicas ou em situação de risco. A espera por cirurgias eletivas fica sob o controle do hospital executante; nem a UBS, nem a Central de Regulação acompanham essa espera. Segundo relato de uma médica da atenção básica, eles acabam perdendo o controle dos pacientes e atendimentos realizados e só se lembram do caso quando o paciente volta na unidade. Ao que parece, não há uma relação de responsabilização compartilhada pelo cuidado entre os serviços.

Cecílio (2012), em seu Projeto de Pesquisa intitulado “As múltiplas lógicas de construção de redes de cuidado no SUS: indo além da regulação governamental do acesso e utilização de serviços de saúde”, observou uma surpreendente regularidade nas falas dos entrevistados ao identificarem

como principais problemas da atenção da saúde os Pronto Socorros lotados, as longas filas de espera para especialidades, falta de leitos, agravamento das complicações por doenças crônicas. Segundo esses entrevistados esses problemas deveriam ser resolvidos ou minimizados se “*a rede básica cumprisse o papel que lhe é reservado, em particular a responsabilização pela população de sua área de cobertura, a estratificação de riscos e o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção.*” (CECILIO, 2012, p.8).

O argumento da fragilidade da atenção básica no SUS e do não cumprimento de seu verdadeiro papel tem sido amplamente utilizado por gestores, pesquisadores e profissionais de saúde para justificar as altas taxas de mortalidade infantil, letalidade de doenças crônicas, excesso de internações por agravos sensíveis à atenção básica, epidemias, e os demais males que afligem os sistemas de saúde. Normalmente esses argumentos vêm acompanhados implicitamente de um julgamento de valor, de que se nem a atenção básica está organizada, imagine a atenção hospitalar ou os grandes centros de especialidade. Tais julgamentos caem no equivoco de compreender a atenção básica como algo simples de ser organizado e executado; como se a baixa utilização ou incorporação de tecnologia dura tornasse o serviço menos complexo.

No estudo de Cecílio (2012) as expectativas não atingidas dos atores envolvidos no estudo acerca da atenção básica foram denominadas “*quimera da rede básica*”. Quimera entendida como um sonho que nunca se realiza plenamente. Nesse estudo as referências dos entrevistados à atenção básica foram agrupadas em três categorias: a rede básica como posto avançado do SUS, a rede básica como lugar de coisas simples e a rede básica como espaço de impotência compartilhada. Na primeira categoria há uma referencia positiva da atenção básica como lugar de cuidado e vínculo e de obtenção de acesso a recursos de outros serviços. Trata-se de casos graves de saúde, em sua maioria usuários portadores de doenças crônicas, que se utilizam de serviços de maior densidade tecnológica. Talvez esse seja exatamente o motivo dessa avaliação, ou seja,

usuários que já acessaram o serviço e são devidamente acompanhados. Se essa hipótese se confirmar, voltamos o problema para a dificuldade na acessibilidade ao serviço no primeiro contato. Na segunda categoria fica explicitado o conceito de que é o uso de tecnologias duras que torna o serviço complexo, além da valorização diferenciada dos profissionais pela própria sociedade, privilegiando os que operam essas tecnologias. Isso fica claro na seguinte observação do autor:

“O médico generalista da UBS trabalha em parceria informal e subalterna com o especialista, que detém sempre a última palavra sobre o tratamento adequado. O polo especializado é dominante em relação ao polo rede básica, até porque nos casos estudados não se percebe uma disputa do generalista para tomar para si a produção do cuidado. Para os usuários ele parece abdicar da autoridade de assumir a efetiva coordenação do seu cuidado”. (CECILIO, 2012, p.14).

No caso de C., analisado neste estudo, o médico generalista da UBS não realiza um atendimento compartilhado com o cardiologista do hospital; não há discussão do caso ou troca de informações, ele apenas acompanha as prescrições do especialista, por meio das informações trazidas pelo paciente, e não interfere. É provável que o paciente só passe a ser atendido pelo generalista quando tiver alta do especialista.

No caso de J.P. não houve a possibilidade de discutir o caso com o especialista ou com a regulação, o que fez a médica assumir sozinha o cuidado, apesar da insegurança quanto à conduta correta.

Outra característica apontada é a incapacidade de atendimento de casos de urgência, observada pelo fato do usuário referir que nesses casos não vale a pena perder tempo indo à UBS, sendo melhor procurar diretamente o serviço de urgência.

Na terceira categoria a falta de acessibilidade fica evidente, quando falam da impotência ou não governabilidade da equipe da UBS para conseguir acessar os demais serviços da rede. Essa categoria também foi observada nos relatos deste trabalho, tanto pela equipe da UBS estudada,

como pelos profissionais do Hospital, que referem que os pacientes dizem ter ido procurar o PS por não terem conseguido atendimento na UBS. Segundo os relatos, “os pacientes falam que não se importam de esperar 4 horas para o atendimento no PS, pois tem a certeza de que serão atendidos.”

A crítica à estrutura hierárquica da pirâmide também se faz presente nos trabalhos de Mendes (2011). Para ele a estrutura hierárquica, definida pelos níveis de complexidade dos serviços estabelece uma relação vertical entre eles, de tal modo que a atenção básica é vista como menos complexa e, conseqüentemente, menos cuidada, e há uma valorização excessiva das práticas que exigem maior densidade tecnológica.

A partir dessa constatação, o autor propõe um modelo integrado de atenção em que a concepção vertical de hierarquia é substituída pela concepção de poliarquia, segundo a qual o sistema se organizaria por meio de uma rede horizontal de atenção à saúde.

Argumenta que nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os pontos de atenção, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, sem diferenciação do grau de importância entre eles. O centro de comunicação das redes de atenção à saúde está localizado na atenção primária à saúde.

O autor coloca ainda que as redes de atenção devem ser integradas por meio de sistemas logísticos, com destaque para as centrais de regulação, o cadastro dos usuários, sistemas de transportes sanitários e prontuários eletrônicos.

Mendes olha para as redes de atenção de modo mais estrutural, destacando os aspectos da logística, da economia de escala e de escopo para promover a eficiência e eficácia do sistema. Cecílio toma as necessidades dos usuários como estruturantes das redes e traz para a cena o plano micropolítico de construção da atenção à saúde, incluindo as disputas de projetos, conflitos e vínculos fundamentais na conformação das redes. Agendas políticas distintas para a gestão decorrem das duas proposições.

Em todos esses arranjos e proposições, podemos observar a relativização da concepção hierárquica de verticalização dos serviços e seus fluxos e o reforço da atenção básica como a principal articuladora do acesso dos usuários aos outros pontos de atenção do sistema. Os dois pressupõem uma regulação qualificada sintonizada com o modelo de atenção e uma atenção básica resolutiva, acessível e que atue como principal reguladora do sistema.

A regulação deve, portanto partir de uma atenção básica resolutiva, com acessibilidade, capaz de utilizar protocolos pactuados para priorizar as agendas dentro de suas possibilidades. São os serviços de saúde e não a Central de Regulação, que, conhecendo o sujeito na sua singularidade e contexto, têm melhores condições de priorizar as situações de maior vulnerabilidade e risco. A Central de Regulação deve funcionar como o apoio para a Atenção Básica nos casos em que ela necessite de apoio. Para os encaminhamentos às especialidades, cuja oferta é insuficiente em relação à demanda, faz-se necessário um olhar externo, que considere as necessidades dos usuários, a disponibilidade de recursos e o custo benefício para tomada de decisão.

No entanto, sabemos que apesar dos esforços empreendidos, a atenção básica do SUS ainda necessita se firmar como verdadeira ordenadora do sistema. Em muitas regiões as Unidades Básicas de Saúde não dão conta dos quadros agudos por falta do profissional médico, por prestar uma atenção excessivamente médico-centrada, por dificuldade de funcionamento em horários diferenciados, por concepção dos próprios gestores e funcionários. O fato é que o perfil de morbidade atendida nos Prontos-Socorros ainda é composto prioritariamente por casos agudos simples.

Outro problema para o fortalecimento da atenção básica é o limite de sua resolubilidade em função da composição mínima das equipes e da dificuldade de encaminhamento para determinadas consultas especializadas ou exames, o que leva a um descrédito da população em relação à capacidade resolutiva da Unidade Básica. Cecílio (2012, p.18) em seu

estudo afirma que a atenção básica *“não reúne condições materiais e simbólicas para funcionar como centro de comunicação entre os vários pontos que compõem as complexas redes de cuidado, nesse momento em que o Ministério da Saúde coloca na ordem do dia a construção das redes temáticas”*.

No entanto reconhece que a UBS é um lugar em que as pessoas buscam recursos fundamentais para seu cuidado e que ela é produtora de valor de uso para milhões de brasileiros e, portanto, precisa ser aperfeiçoada enquanto espaço produtor de cuidados e regulador do sistema.

Com relação às urgências, a regulação também se apoia na capacidade regulatória dos próprios serviços e é acionada por eles para propiciar o encaminhamento oportuno e no tempo certo para atender as necessidades e garantir a integralidade do cuidado. Do mesmo que para a regulação ambulatorial é necessário apostar na capacidade da atenção básica de intervir nos processos regulatórios, acolhendo o usuário, priorizando agravos e orientando o seu fluxo no sistema. Para regulação das urgências faz-se necessário contar com UPAs, Pronto Socorros e Unidades Hospitalares capazes de realizar acolhimento com classificação de risco, utilização adequada do conceito de “vaga zero”⁹ e a contrarreferencia adequada nos casos em que seja necessário o devido acompanhamento proporcionando atendimento integral e longitudinalidade do cuidado.

Organizar a regulação da atenção a partir de linhas de cuidado pode ser uma forma de garantir sua integração com um modelo organizado por redes de atenção. Segundo Feuerwerker (2011), linhas de cuidado – construídas coletivamente, levando em conta diversos pontos de vista (contextos, possibilidades, saberes) e não somente as normas técnicas, inclusive ouvindo os usuários - podem servir como guias para ampliar responsabilização e as garantias de acesso.

⁹ A PT GM nº 2048/2002 instituiu o conceito de “vaga zero” para situações em que se deve garantir o atendimento nas urgências, no local adequado, mesmo quando inexistam leitos vagos para a internação de pacientes, desde que haja as condições necessárias para seu atendimento.

A Regulação pode também contar com os mecanismos de controle social para apoiar seu funcionamento. Segundo Fadul (2007), estudos relativos à regulação de serviços públicos que tratam da proteção do usuário, no Brasil, têm dado ênfase às ouvidorias como forma possível de controle e canal de acesso dos usuários aos reguladores. Recentemente os municípios têm investido nesta prática e já existem linhas de financiamento federal para constituição de ouvidorias municipais no SUS.

As ouvidorias representam um instrumento de comunicação direta do cidadão com a administração pública e funcionam como uma crítica interna da administração pública. Sua função é receber a demanda do usuário, que pode ser uma queixa, denúncia ou solicitação. Grande parte das demandas dos usuários do SUS se refere a dificuldades de acesso a determinadas ações ou serviços de saúde. A ouvidoria procura identificar as causas, a procedência e encontrar os meios para solucionar as situações. Para tanto, normalmente se apoiam nas Centrais de Regulação. No entanto, essa é uma via de mão dupla, pois a regulação também pode se apoiar na ouvidoria para compreender e ter uma visão mais ampla das necessidades dos usuários. No município objeto deste estudo, cerca de 50% das demandas que chegaram à ouvidoria em 2012 se referiam a solicitações por serviços de saúde e 30% eram reclamações relativas a algum serviço¹⁰. As demais demandas se distribuíram entre sugestões, denúncias, elogios ou pedidos de informação sobre o sistema de saúde municipal.

A articulação da Regulação da Assistência à Saúde com mecanismos de avaliação e controle, auditoria, ouvidoria são indispensáveis para a construção de uma Regulação da Atenção qualificada. Como exemplo destes mecanismos podem ser citados: a elaboração de contratos com prestadores com metas quantitativas e qualitativas claras, bem como seu monitoramento, a avaliação da situação de saúde da população por meio de indicadores, o cadastro atualizado dos serviços, profissionais e usuários do sistema, autorização de internações e determinados procedimentos

¹⁰ Informação retirada do relatório da Ouvidoria Municipal de Saúde, 2012.

ambulatoriais com base em critérios de prioridade e necessidade, relatórios da ouvidoria que colaboram na tomada de decisões, dentre outros.

Outra questão a ser considerada no processo regulatório é a existência de vários regimes de regulação operando simultaneamente nos sistemas de saúde, para além da ação governamental. Trata-se da ação de diversos atores da sociedade que se colocam no sentido de favorecer o acesso de determinadas pessoas a determinadas ações ou serviços da saúde. Cecílio (2011) classifica pelo menos (3) três regimes de regulação, além daquela realizada formalmente pelo ator governamental: a regulação profissional, a regulação clientelístico-eleitoreira e a regulação leiga realizada pelo “usuário-fabricador”. Todas elas devem ser consideradas e muitas vezes incorporadas à prática regulatória formal. No entanto alguns cuidados devem ser tomados.

O primeiro regime destacado pelo autor é extremamente comum na prática regulatória municipal. Trata-se daquele caso que é resolvido por meio das relações pessoais entre os profissionais da rede de serviços. Pode ser o técnico administrativo da central que favorece um colega ou familiar agendando uma consulta ou exame; o segurança do pronto socorro quando não permite a entrada de determinadas pessoas alegando que “hoje o médico faltou”; a recepcionista da UBS ao tentar encaixar um paciente “fora do protocolo”; o médico que, utilizando de sua rede de conhecimentos, consegue uma vaga para uma cirurgia que a regulação estatal não conseguiu. Em todos esses exemplos é importante que o gestor observe e verifique o que pode ser incorporado em sua prática e o que deve ser coibido. É claro que uma prática clientelista não deve ser incorporada pela regulação formal, mas quando essa regulação profissional vem para suprir uma fragilidade do sistema, ela pode e deve ser incorporada.

No município estudado foi incorporado na prática regulatória governamental o conhecimento de um médico da rede sobre serviços da saúde suplementar do município e de serviços de outros municípios para conseguir vagas em situações de urgência com risco de vida, em situações que a gestão se mostrava incapaz de resolver. Segundo os atores

escutados, fica bastante evidente esse tipo de regulação. Por parte da atenção básica foi mencionado o encaminhamento de casos que necessitam de procedimentos cirúrgicos eletivos para o hospital de outro município em que uma das médicas trabalha. Por parte do hospital foram citadas com frequência situações nas quais os profissionais do hospital atuam por meio de conhecimentos pessoais para conseguir os encaminhamentos necessários. Nas duas situações os profissionais mencionam o fato de preferir que esse tipo de articulação não fosse necessária; consideram que o ideal seria que esses encaminhamentos ocorressem pela via formal.

No segundo regime de regulação o próprio nome dado pelo autor – clientelístico/eleitoreira - já remete a uma situação negativa, pois é definida como uma contrarregulação, em que o principal objetivo é a conquista de eleitores ou apoiadores. É claro que o poder público jamais deveria privilegiar o acesso de pessoas porque são eleitores do partido A ou B, ou do vereador X ou Z, ou mesmo porque se trata de um parente de uma autoridade.

No entanto, mesmo nesse regime normalmente nefasto, o poder público deve examinar cada caso. A lista de eleitores trazida pelo vereador com nomes de pessoas que aguardam uma vaga para um serviço deve ser analisada, pois lá pode se encontrar um caso que escapou do sistema e necessita de cuidados. O parente de uma autoridade pode de fato precisar de uma atenção especial, não pelo parentesco, mas pelas necessidades que apresenta. Olhar, analisar cada caso, priorizar e, sobretudo, não virar as costas para essa regulação é recomendável.

O último regime identificado pelo autor é aquele realizado pelo usuário que se utiliza das brechas e duplicidades do sistema para acessar os recursos de que necessita ou supõe necessitar e definir seu itinerário terapêutico, utilizando caminhos que só em parte correspondem às normas oficiais do sistema. Um exemplo desse usuário foi citado durante uma reunião da mesa de pactuação hospitalar de Guarulhos pela Diretora de um Hospital. A regulação municipal definira que as consultas oftalmológicas seriam agendadas e reguladas pelas UBS e as urgências oftalmológicas

deveriam ser encaminhadas ao Pronto Socorro de um hospital que contava com essa especialidade. Após algum tempo e com uma fila de uns 3 meses para conseguir a vaga, os usuários rapidamente “aprenderam” que podiam obter a consulta e exames no mesmo dia caso se dirigissem ao tal PS. Eles construíram seu modo de acessar os serviços. Da mesma forma que nos demais regimes, a regulação formal deve analisar e tentar compreender contextos, necessidades e possibilidades para orientar sua prática. Sobre esse regime o autor faz a seguinte observação:

“Nós gestores, trabalhadores de saúde, vamos ter que aprender a reconhecer o usuário-fabricador e incorporá-lo como parceiro na fabricação do sistema. Reconhecer que a gestão do seu próprio cuidado feitas pelas pessoas é muito mais vital para a configuração do cuidado que elas precisam do que nós, gestores, gerentes, trabalhadores, temos conseguido vislumbrar, aceitar e traduzir em estratégias concretas de operacionalização dos processos de trabalho. Entre estas, eu apontaria a ideia de cogestão do cuidado para valer entre trabalhadores e usuários”. (CECÍLIO, 2011, p.19)

A essas modelagens de regulação descritas por Cecílio, acrescento a Regulação do Poder Judiciário, em que o juiz determina ao poder executivo providenciar o acesso do usuário a determinada ação, serviço, medicamento ou insumo de saúde. A judicialização da saúde tem sido motivo de muita preocupação dos gestores. Em levantamento recente realizado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, dos cerca de 400 milhões mensais gastos pela SES/SP com medicamentos, 80 milhões são decorrentes de ações judiciais¹¹.

Há que se olhar com cuidado para esse tema, pois, se por um lado MP e Judiciário garantem aos cidadãos o acesso à saúde, conforme previsto pela lei, por outro o princípio da equidade pode estar sendo desconsiderado quando usuários com maior poder aquisitivo e informação conseguem ter acesso mais rapidamente a determinados serviços que a população em

¹¹ Informação colocada pela SES-SP em reunião da Comissão Intergestores Bipartite, 2013.

situação menos favorável. Isso sem contar que essas instituições também estão sujeitas às pressões do mercado e acabam gerando ações por serviços desnecessários ou medicamentos sem evidências científicas de eficácia.

Da mesma forma que os demais regimes de regulação, esse também deve ser analisado com cuidado. É claro que nenhum gestor vai virar as costas para esse regime, sob pena de multas ou até prisão. Mas, além de providenciar o cumprimento da ação, o poder público deve também tentar compreender as razões em questão para orientar sua prática, seja propondo acordos com MP e esclarecendo haver alternativas melhores e menos custosas a serem ofertadas, seja colaborando para desvendar verdadeiras quadrilhas que usam deste dispositivo para benefício próprio, seja fazendo uma análise detalhada das reais fragilidades do sistema de saúde. No caso estudado, a ação judicial era procedente, pois de fato a realização da cirurgia era urgente para preservação da vida. Fica a dúvida se o acesso foi conseguido em virtude de um maior empenho na busca pela vaga, decorrente a ação judicial, ou se houve uma coincidência e o acesso seria propiciado independente da ação.

Assim, considerando todos os regimes de regulação aqui expostos e outros que podem se fazer presentes no cotidiano da regulação em saúde, os gestores e trabalhadores devem estar atentos e com escuta aberta para essas realidades, tanto no sentido de enfraquecê-las quando deletérias ao princípio da equidade e justiça social, como também no sentido de incorporá-las à sua prática quando suprirem fragilidades da regulação formal.

b) A Regulação e a Gestão do Cuidado

Conforme já foi colocado, a construção de redes de atenção se orienta por arranjos de atenção, que por sua vez implicam em modos de fazer a gestão dos serviços e da produção do cuidado em saúde.

Para Ayres (2009), o desenvolvimento da epidemiologia constituiu importante ganho para saúde pública. No entanto, o grau de abstração que se fez necessário para fazer as associações entre os eventos, levou a um distanciamento das realidades em sua aplicação na prática, o que se constitui num limite de sua atuação.

Cecílio (2011) pondera que o movimento sanitário cultivou uma postura de externalidade em relação ao campo micropolítico da produção do cuidado em saúde em virtude, dentre outros fatores, de historicamente utilizar o olhar epidemiológico voltado aos grandes números e aos coletivos. Além disso, coloca que *“quem faz gestão em saúde, pela natureza da sua função ou pelo lugar institucional que ocupa, tende a se colocar de modo externo a esse campo micropolítico, enxergando-o como território a ser normalizado e controlado”* (CECILIO,2011,p.286). No entanto, há uma série de estudos e perspectivas indicando a importância do olhar para o campo da micropolítica do cuidado para construção de sistemas de saúde integrais.

Silva, et al. (2010) colocam que a mudança do modelo tecnoassistencial só se efetiva quando se assume a centralidade do usuário na produção do cuidado. *“As iniciativas de implantação de macropolíticas, dão as condições objetivas para mudanças no nível “micro”. Porém, as mudanças de fato, só ocorrem mediante incorporação de tecnologias leves aos processos de trabalhos”.* (SILVA et al,2010, p. 175).

Nesse sentido faz-se necessário priorizar uma agenda focada nos processos de trabalhos nos serviços de saúde, no modo como eles se organizam, nas relações produzidas, que são fundamentais para superação da fragmentação e desarticulação dos sistemas de saúde.

“...então para superar a falência da referência e contrarreferência é preciso criar espaços de conversa para reconhecimento mútuo entre profissionais e equipes, identificação de potencialidades e possibilidades de cooperação e produção de novos pactos em relação às responsabilidades de cada parte, aos critérios de encaminhamento, de regresso dos usuários para as unidades (construindo estratégias para seu acompanhamento, mecanismos para tirar dúvidas,

combinação de abordagens, reavaliação de decisões, combinação de iniciativas e responsabilidades, etc.)”.
(FEUERWERKER, 2011, p.107)

Ayres (2009, p.20) reforça essa ideia ao afirmar a necessidade de se pensar em vínculo como a construção de oportunidade de encontros *“menos ou mais capazes de favorecer intersubjetividades mais ricas, plurais e produtoras de compartilhamentos”*.

Para construção da regulação do acesso à saúde em âmbito municipal, regional ou estadual é importante que as equipes gestoras tenham como pressuposto a necessidade de criar espaços permanentes de diálogo entre os profissionais das centrais de regulação e os profissionais que atuam nos serviços de saúde da rede assistencial para construção conjunta de protocolos de acesso, linhas de cuidado e outros mecanismos que buscam atenção integral e equânime.

Há que se considerar, entretanto, que esses espaços não acontecem “naturalmente”; eles precisam ser construídos e pactuados a todo o momento, pois a tendência dos trabalhadores é reproduzir o que está automatizado, trabalhar dentro de suas zonas de conforto e com os seus saberes específicos. Feuerwerker (2011) traz como possibilidades de dispositivos a serem trabalhados em espaços coletivos: os fluxogramas analisadores, mapas analíticos, dramatizações, discussões de casos, dentre outros. Pondera, no entanto, que para esse tipo de trabalho normalmente faz-se necessário uma mediação como apoio institucional ou apoio matricial, desenvolvidos com variados arranjos em diferentes experiências municipais.

Para Merhy (2003) os atores que atuam na produção da saúde governam certos espaços com o grau de liberdade que existe no agir cotidiano do trabalho em saúde. Esta premissa impacta também na regulação, já que os profissionais que atuam nos serviços de saúde e nas Centrais de Regulação têm seus “poderes” instituídos e “governam” seus espaços. Todos estão supostamente implicados na produção da saúde, mas cada um com um olhar a partir do espaço que ocupa e de diferentes

interesses, valores e implicações. É fundamental o compartilhamento destes olhares para se chegar a determinados acordos, mesmo que provisórios, de modo a ofertar a assistência oportuna, qualificada e equânime. Neste estudo, segundo relato da profissional da CRU, apesar da pactuação das referências estar bem estruturada, acontecem dificuldades no cumprimento dos pactos e essas dificuldades estão mais relacionadas à atuação de cada profissional, do que do local em que ele trabalha.

Merhy, Feuerwerker e Cerqueira (2010) colocam que a construção das relações se dá em ato e nas circunstâncias específicas de cada encontro. Dependendo das condições específicas de cada encontro são diferentes os agenciamentos e a atuação dos membros da equipe, porque cada encontro afeta cada um de modo diferente.

Todo processo de produção humana envolve certos componentes: o trabalho do homem em si, os elementos que são tomados como matéria-prima e os que são utilizados como ferramentas ou instrumentos de trabalho. Esses componentes são articulados em função do projeto que se tem em relação ao produto que se deseja. A organização do processo de trabalho envolve uma certa sabedoria, que permite ao homem juntar todos esses componentes e com seus atos 'vivos' realizar um certo produto.

O trabalho humano sempre envolve trabalho morto e trabalho vivo, em combinações variáveis. O trabalho morto corresponde a todos os produtos-meio envolvidos no processo e que são resultados de um trabalho humano anterior (as ferramentas, por exemplo, foram fruto de trabalho vivo quando foram produzidas, mas num novo trabalho, quando estão disponíveis para serem utilizadas de um certo modo, correspondem a trabalho morto). O trabalho vivo em ato é o trabalho criador, que possibilita a fabricação de um novo produto. O homem, em qualquer processo produtivo, pode utilizar com certa autonomia os elementos que já estão dados e esse autogoverno está marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades que persegue nesse processo específico (MERHY, 2003).

No trabalho em saúde, o trabalho morto corresponde aos equipamentos, insumos, protocolos, saberes estruturados - todos estes são produtos que se encontram ali, disponíveis para ser usados de certo modo - e o trabalho vivo corresponde à criação do trabalhador no ato do encontro com o usuário, quando se estabelece um diálogo, a escuta, a identificação do problema em questão, as especificidades de cada situação e o modo de aplicar contextualizadamente os saberes e instrumentos para enfrentá-la (MERHY e FEUERWERKER, 2011).

A partir dessas considerações, Merhy constrói uma tipologia das tecnologias envolvidas no trabalho em saúde: as tecnologias duras (que correspondem ao trabalho morto, ou seja, elementos disponíveis para serem utilizados de certo modo – equipamentos, medicamentos, protocolos, regras institucionais); tecnologias leve duras (que têm um componente duro, previamente definido, mas podem ser utilizadas de maneira singular a partir da leitura que o trabalhador faz do momento – componente leve – e correspondem aos saberes estruturados; (elas tem um componente de trabalho morto e um componente de trabalho vivo) e as tecnologias leves (que são todas aquelas utilizadas para produzir o encontro entre trabalhador e usuário e são totalmente dependentes de trabalho vivo – empatia, escuta, interesse, vínculo, capacidade de comunicação, atenção etc.) (MERHY e FEUERWERKER, 2011).

Dependendo do arranjo tecnológico (combinação e predomínio de um dos três tipos de tecnologia), conformam-se diferentes modelos de atenção à saúde. Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde e esteve centrada nas tecnologias duras e leve duras. (MERHY, 2003).

A partir dos conceitos de Merhy, podemos fazer uma reflexão sobre o processo de trabalho nas Centrais de Regulação. Os profissionais destas centrais, quando fazem uso apenas de sistemas informatizados, protocolos clínicos e de fluxo ou grades de referências estão utilizando tecnologias duras e leve duras para desempenhar seu trabalho. No entanto, quando se

ocupam de pactuar os protocolos com as equipes das unidades de saúde e conselho local, quando se propõem a discutir casos com as equipes de referência ou quando tomam decisões levando em conta a singularidade dos sujeitos, estão se utilizando de tecnologias leves e produzindo um trabalho vivo em ato.

É claro que é fundamental a presença de Trabalho Morto, como o uso de protocolos, por exemplo. No entanto, o Trabalho Vivo em Ato deve ter preponderância sobre a simples aplicação deste protocolo enquanto instrumental prescritivo. Isso significa serem fundamentais a construção pactuada destes protocolos, as discussões dos casos e a mediação dos conflitos advindos das diversas interpretações para seu uso, bem como sua relativização quando necessário.

Os estudos realizados por Baduy et al (2011), em que foram analisados os arranjos propostos pela gestão de um município para a produção do cuidado, em que a regulação assistencial foi tomada como um dispositivo, mostram que *“para a garantia oportuna do acesso aos diversos serviços de saúde, de forma equânime e de acordo com a necessidade do usuário, não é suficiente ter em conta apenas os aspectos técnicos dos protocolos assistenciais (BADUY et al, 2011, p.302). Embora sejam necessários, é preciso também endereçar as relações entre os envolvidos no trabalho em saúde nos diversos pontos da rede de atenção”*. Destacam a relevância das tecnologias leves, utilizadas para estabelecer relações, que propiciaram fortalecimento dos vínculos, responsabilização, escuta qualificada e cooperação.

Assim, a regulação da atenção à saúde - para trabalhar no sentido da integralidade e considerando o modelo de atenção proposto - deve considerar o espaço da micropolítica do processo de trabalho, pois este é o lugar de encontro entre os sujeitos trabalhadores e usuários em que pode ser produzido vínculo com responsabilização sobre a clientela. Segundo Barboza e Fracolli (2005, p.1042), *“no encontro entre trabalhador e usuário operam processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam a produção*

de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição de vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção”

De acordo com Merhy (2006), quando um trabalhador de saúde se encontra com um usuário com objetivo da produção do cuidado, estabelece-se entre eles um “*espaço intercessor*”, no qual um intervém sobre o outro, em que há um encontro em que as necessidades são compartilhadas. Um é o agente produtor com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, insumos...) e o outro é o agente consumidor, que ao mesmo tempo em que é objeto da ação do produtor é também agente ativo, que coloca suas intencionalidades e modifica o processo. Da mesma forma, podemos imaginar um espaço intercessor entre a equipe de referência e a equipe de regulação, ou ainda entre estas e a equipe de apoio matricial. Cada qual traz um repertório de conhecimentos e necessidades. A equipe de referência com seu conhecimento da singularidade dos sujeitos e do território em que atua e necessidades de suporte. A equipe matricial com o conhecimento de sua especialidade e tecnologias duras disponíveis e a necessidade de ter seu cuidado complementado pelas equipes de referência. A equipe de regulação com o conhecimento da macropolítica e da gestão e necessidade de compreender as singularidades que quem executa o cuidado. A distância e as diferenças entre esses três olhares, apesar das tentativas e dos dispositivos propostos, nos faz pensar na necessidade de promover “encontros intercessores”.

O processo regulatório, quando construído a partir dessas premissas e de forma integrada com as equipes de referência das unidades de saúde, pode se constituir numa forma de superar as inúmeras dificuldades enfrentadas nos (sempre pretendidos e quase nunca efetivados) processos de referência e contrarreferências. Quando os profissionais se conhecem e tem consolidado espaços de conversas, cria-se a possibilidade de enxergar a partir de outros pontos de vista, o que por si já é um terreno fértil para criar possibilidades de cooperação para a produção do cuidado.

Para fortalecer esta perspectiva podemos considerar que as equipes das Centrais de Regulação podem atuar como equipes matriciais em relação

às equipes de referência das unidades de saúde, colaborando com o aumento de sua capacidade de intervenção e de análise da realidade.

Utilizo o conceito de Equipe de Referência de Cunha e Campos (2010, p.40), segundo o qual estas são as responsáveis pela adscrição da clientela e se constituem por *“um tipo de arranjo contratual que busca mudar o padrão dominante de responsabilidade nas organizações: no lugar das pessoas se responsabilizarem predominantemente por atividades e procedimentos busca-se construir a responsabilidade de pessoas por pessoas”*. As equipes matriciais são formadas por profissionais que não têm uma relação direta e cotidiana com o usuário e fazem o apoio à equipe de referência. Ou seja :

...“equipe de referência será composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dentro de certo campo; e eles serão responsáveis por acionar a rede complementar necessária a cada caso. Estes profissionais desta rede complementar, equipes ou serviços farão então o apoio matricial”. (CAMPOS, 2007)¹².

Na definição do autor as equipe matriciais são constituídas por profissionais apoiadores/especialistas, que fazem suporte assistencial numa ação clínica direta com os usuários e também desenvolvem uma ação técnico-pedagógica em relação à equipe de referência. Carvalho e Cunha (2006) colocam que os centros de especialidades passam a ter “dois usuários”: os usuários que são por eles acompanhados e as equipes de referência da atenção básica com a qual esses usuários são compartilhados. Campos (2007) acrescenta que a construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre as equipes de referência e matricial deve prever critérios para acionar o apoio e definir as responsabilidades de cada uma das equipes.

¹² Campos em aula: equipe de referencia e apoio matricial, Fortaleza – CE, no curso de Gestão da Clínica na Atenção Básica, 2007.

É possível concluir que as equipes das centrais de regulação também podem se constituir enquanto apoio matricial, na medida em que podem promover discussão e gestão de casos, bem como pactuação de protocolos e diretrizes clínicas. Nesta concepção o apoio matricial acaba por se tornar um momento privilegiado de aprendizagem e discussão de conflitos, se constituído verdadeiramente num processo de educação permanente entre as equipes. Na experiência estudada por Baduy et al (2011), por exemplo, as equipes de apoio se constituíram a partir do Complexo Regulatório, num movimento importante de construção de responsabilidade compartilhada.

A CRA do município estudado tentou introduzir mecanismos para favorecer o diálogo entre reguladores e equipes de referência. Orientaram o médico responsável pelo acompanhamento de cada caso a telefonar para o regulador quando discordar da conduta do regulador, para que discutam o caso e cheguem a novos acordos. Até então o contato era feito exclusivamente por meio do sistema informatizado.

Essa conversa, de médico para médico, é vista como importante, mas os profissionais da UBS argumentaram falta de tempo para essa tarefa. Essa prática não está incorporada na rotina de trabalho das UBS como está na regulação da urgência. Pela equipe da CRA há um sentimento de que os trabalhadores da rede de atenção os procuram pouco para solicitar uma priorização ou para discutir a condução de um caso, assim como fazem poucas sugestões para os protocolos. Atribuíram ao gerente da unidade um papel de relevância nessa possibilidade de envolvimento da equipe; para eles quando não há capacidade de gestão local, a articulação entre os serviços não acontece.

Fica clara a necessidade de se construir sentido para os encontros e compromisso / possibilidade de cooperação entre os serviços, há que se construir capacidade de gestão local com vistas à valorização do trabalhador e responsabilização compartilhada.

Outro exemplo dessa falta de sentido no trabalho (ou em iniciativas da gestão) foi a falta de participação no projeto de telessaúde. Para esse projeto, 3 unidades foram selecionadas para participar de encontros

regulares (a distância) com profissionais da USP para discussão de casos e 2ª opinião. Segundo os relatos, os profissionais das unidades não selecionavam os casos para discussão e o projeto não foi adiante.

Vale destacar a relação de confiança estabelecida entre a UBS e o SAMU, já que a equipe da atenção básica entrevistada considerou não haver problemas com relação aos critérios utilizados para acionar uma ambulância de suporte básico ou avançado.

Para Campos (2007), o apoio matricial é uma alternativa para construir e ativar espaços de comunicação e de compartilhamento de conhecimentos entre profissionais de referência e apoiadores. Essa estratégia ajuda a personalizar os sistemas de referência e contrarreferência ao facilitar o contato direto entre a atenção básica, especializada e regulação com base em procedimentos dialógicos e não por meio de mecanismos hierárquicos e autoritários.

A dificuldade de viabilizar a tão almejada contrarreferência também foi citada em vários relatos dos profissionais de Guarulhos. Durante o encontro de médicos da rede básica com alguns especialistas e a regulação esse foi um dos temas que mais os mobilizou para o debate. Essa dificuldade também foi citada nos depoimentos dos profissionais da rede básica, que argumentam ficar sabendo por meio dos usuários acerca das consultas nas especialidades, condutas adotadas etc. Os profissionais do hospital disseram que a contrarreferência é feita mediante orientação para o usuário procurar a unidade mais próxima de sua residência; se o paciente está internado, é encaminhado com o relatório de alta hospitalar na qual indicam *“encaminho para UBS, para continuidade do tratamento”*. Em outro relato, estes mesmos trabalhadores mencionaram que muitas vezes observam que o paciente é reinternado sem ter ido procurar a atenção básica. No relato dos trabalhadores da atenção básica, a médica reconheceu que em muitos casos talvez não fosse necessário o encaminhamento às especialidades se existisse a possibilidade de discussão do caso com o especialista, por meio de um matriciamento. Ficou clara a necessidade de outros dispositivos para integrar de fato a atenção básica e a especializada; na prática, não existe

contrarreferência sem relação de reconhecimento mútuo entre as equipes dos diversos serviços.

As reuniões entre médicos da atenção básica, especialistas e regulação são importantes e vem se fortalecendo no município estudado. Porém, conforme indicam os relatos, o caráter compulsório dos encontros implica perda de sentido, proporcionando que os profissionais da atenção básica não se sintam motivados a comparecer. No encontro analisado não houve uma troca informações e experiências entre especialistas e generalistas. À observação, pareceu que o papel do especialista é de ensinar o generalista. Do modo como estão organizados, esses encontros não propiciam a formação de um grupo, com sentidos comuns para o trabalho, pois a cada mês mudam os atores envolvidos. Isso dificulta os encaminhamentos. Aparentemente a reunião tem sido pouco efetiva para mudar opiniões e possibilitar a pactuação de estratégias para enfrentamento dos problemas. Há que se pensar em modos mais efetivos de construção de sentido desses encontros para os médicos.

Segundo Campos (2007, p. 400), na medicina e no campo da saúde em geral houve uma crescente divisão do trabalho que dificulta o processo de atenção e cuidado às pessoas. Considera que *“nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral”*, e indica *“o apoio matricial como um arranjo organizacional que busca diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho, decorrente da especialização crescente em quase todas as áreas do conhecimento.”*

Além disso, o apoio matricial oferece possibilidades de encontro entre distintas perspectivas e condutas entre os profissionais de saúde, que, habituados a valorizar a autonomia profissional, sentem-se autorizados a decidir de modo isolado sobre a condução dos problemas de seus pacientes.

A partir da experiência estudada e de outras, observamos vários modos de construção de relações entre apoiadores e equipes, reguladores e equipes de referencia para o cuidado, trabalhadores e gestores. Segundo Feuerwerker (2011), os trabalhadores podem ser mais permeáveis aos encontros e agenciamentos ou menos permeáveis, dependendo da natureza

e momento dos encontros; “uns disparam (no outro) o que cada um tem de melhor, outros, o que cada um tem de pior e isso varia no tempo e no espaço”. (FEUERWERKER, 2011, p.112)

O apoio matricial baseia-se na criação de “*espaços coletivos de diálogo, ou seja, do estabelecimento de algum grau de cogestão ou de democracia institucional*” (CAMPOS, 2007, p. 404). A utilização do “Método Paideia” proposto por Campos (2003), também conhecido como método da Roda, pode ser um dispositivo para realização deste processo, pois cria espaço para atuação em cogestão entre trabalhadores, gestores e usuários, permitindo maior capacidade de análise e intervenção. A “*cogestão permite viabilizar contratos e compromissos, sempre provisórios, entre estes atores e o Método Paideia politiza a gestão porque reconhece os conflitos e procura não moralizar os interesses em jogo*”. (CUNHA e CAMPOS, 2010, p. 33)

Podemos afirmar que realmente ninguém sai da Roda da mesma forma que entrou. Os profissionais das equipes das Centrais de Regulação retornam a seus espaços com novas perspectivas sobre seus processos de trabalho, alteradas pelas impressões de quem está cotidianamente em contato com os usuários, assim como os profissionais das equipes de referência passam a ter maior compreensão do sistema. Os usuários têm a possibilidade de colocar suas necessidades e também de compreender os limites do sistema e a necessidade de priorização dos atendimentos podendo inclusive sugerir critérios para tal. As equipes gestoras passam a ter um contato privilegiado com trabalhadores e usuários e saem fortalecidos e com maior clareza das necessidades.

... “o Método Paideia supõe que em todos os espaços institucionais estão em jogo poderes, saberes e afetos. O método busca enfrentar um tipo de fragmentação temática que contribui fortemente para a submissão e o controle das pessoas, qual seja, a de que os saberes devem ser discutidos pelos sabidos, experts neste ou naquele assunto. Enquanto que os poderes, as disputas e os interesses não devem ser discutidos, exceto pelos altos círculos de poder da organização. Assim como os **afetos**, os **sentimentos** e outras

*menoridades devem ser deixados fora da organização”
(CUNHA e CAMPOS, 2010, p. 38)*

Todos esses arranjos institucionais baseados em tecnologias leves – relacionais, tais como equipes de apoio, educação permanente, método da Roda, trabalham sobre os conflitos e disputas de projeto entre os atores envolvidos no trabalho em saúde. Reconhecem que cada ator (a partir de sua inserção na organização, de sua profissão, de sua história de vida, das relações em equipe e no encontro com os usuários) produz um olhar sobre a realidade e a partir disso atua. O olhar do gerente da unidade básica de saúde é diferente do olhar do gerente do hospital ou do pronto-socorro, que por sua vez difere do olhar do funcionário da recepção ou do médico, que também difere do profissional que atua na Central de Regulação. Assim como diferentes gerentes, diferentes médicos, diferentes reguladores enxergam as coisas de distintos modos. Essas diferenças de olhar geram disputas, conflitos e tensões por determinados projetos e nas relações de trabalho e por consequência na conformação das redes de atenção.

Para Cecílio (2005), conflito é fenômeno, é comportamento, é ruído, portanto é SUPERFÍCIE. As tensões constitutivas seriam a ESPESSURA; a estrutura, os lugares instituídos. Estrutura e superfície, tensões constitutivas e conflitos se misturam e produzem deslocamentos, instituindo novas configurações da organização, mas também podem reproduzir ou confirmar os poderes já instituídos.

Neste sentido, quando os atores envolvidos estão muito implicados no conflito ou comprometidos com alianças, produz-se uma “cegueira institucional” e, muitas vezes, faz-se necessário alguém de fora da organização para apoiar o processo de reflexão da equipe. Em várias experiências municipais de sucesso, a gestão optou pela contratação de um profissional “apoiador” para desempenhar esta função de problematização, mediação. Mas, em certo ponto dessa teia de relações, também o profissional que atua na Central de Regulação poderia cumprir esse papel, contribuindo com as equipes nas discussões sobre listas de espera para

consultas e exames especializados, gerenciamento de leitos hospitalares, critérios para priorização de atendimento em pronto socorros e até manejo de casos.

Para Cecílio (2005) a potência (governabilidade) dos coletivos para propor novos arranjos que resultem em mudanças vai depender, fundamentalmente, de sua capacidade para viabilizar novos arranjos disparadores de novos conflitos ou tornar visíveis os conflitos que ficam encobertos, rechaçados das pautas de decisão, perpetuando relações de injustiça e iniquidade, parte do mal-estar da organização.

Não basta discutir a importância da regulação para promoção da equidade em saúde ou conquista de direitos sociais, é necessário debater sobre como fazer a regulação, partindo de um arranjo que leve em consideração princípios democráticos e participativos e todos os conflitos e disputas constitutivos do trabalho em saúde.

As modelagens organizacionais deveriam estar orientadas a proporcionar o compartilhamento dos processos decisórios, de forma a estreitar os laços entre a macropolítica e a micropolítica, e diminuir a distância entre quem planeja e faz a gestão em saúde e quem produz o cuidado, pois todos planejam e fazem gestão (ao menos de seu próprio cotidiano).

c) A implantação de protocolos de acesso

Protocolos de regulação do acesso são definidos como diretrizes para utilização adequada e racional das tecnologias de apoio diagnóstico e terapias especializadas, incluindo medicamentos de alto custo. São instrumentos de ordenação dos fluxos de encaminhamentos entre diferentes âmbitos da atenção, orientando os atos profissionais a partir dos protocolos clínicos. Constituem ações de controle assistencial/regulação do acesso e podem ser protocolos de ações programáticas e estratégicas - como a

organização do cuidado a determinados agravos ou em situações de risco à vida. Busca coordenar e integrar os processos de trabalho (atividades, saberes e tecnologias) das diversas categorias no mesmo nível ou entre os níveis de assistência (BRASIL, 2011).

Quando a regulação pretende priorizar o acesso a serviços de saúde, superando a ordem de chegada como critério organizador do acesso, precisa se utilizar de protocolos para analisar gravidade e riscos e definir prioridades.

É intrínseco ao raciocínio clínico a consideração de riscos, vulnerabilidades e a priorização. No entanto, quando falamos de um sistema que funciona em rede, faz-se necessário pactuar esses critérios coletivamente, para que a priorização de um recurso para determinado paciente não fique dependente apenas do critério utilizado pelo profissional que o atendeu.

Existem vários protocolos, disponibilizados pelo Ministério da Saúde ou elaborados por sociedades de especialistas ou mesmo em outros países, estados ou municípios. Qualquer um desses pode servir como referência para se iniciar um processo de construção e pactuação de protocolos, considerando-se a realidade local, oferta de serviços, profissionais que atuam, cultura local, perfil sócio econômico e epidemiológico de determinado território (bairro, distrito de saúde, município, região de saúde, ...).

Os profissionais que utilizarão os protocolos tem que ser participantes ativos de sua construção e contar com possibilidade de alterá-lo a qualquer tempo, se necessário. É necessário construir a convicção de que aquele instrumento servirá para ajudá-los no exercício da clínica e não para cercear sua prática. No caso estudado, apesar das tentativas da equipe gestora, os médicos da rede básica não se sentem partícipes da produção do protocolo utilizado no processo regulatório; de acordo com relatos dos profissionais que atuam na recepção da UBS estudada, 80% dos encaminhamentos médicos não contemplam a classificação de risco ou são mal preenchidos. Segundo os reguladores, quando eles reuniram os profissionais da rede para

fazer uma adequação no protocolo, perceberam que a maioria não conhecia o instrumento.

O caso de J.P. nos remete a uma importante reflexão sobre a construção de protocolos de maneira participativa. J.P. tinha um diagnóstico de hipotireoidismo e a médica clínica da UBS solicitou avaliação de um endocrinologista. O protocolo para o encaminhamento a essa especialidade inclui a solicitação de alguns exames, como TSH, T4, ANTI PO e ANTI TG. A médica não seguiu o protocolo e por essa razão o caso foi devolvido duas vezes: primeiramente por não haver a descrição do caso clínico e informação sobre os exames prévios, depois pela falta de informação sobre os resultados do ANTI PO e ANTI TG. O usuário nesse período estava deprimido, se recusando a tomar os medicamentos e não quis fazer nova coleta de exame, inclusive porque para tanto precisaria se ausentar do trabalho. Diante de tais dificuldades, a médica desistiu do encaminhamento ao endócrino, foi pesquisar mais sobre a doença e iniciou, ela própria, a orientação do tratamento do hipotireoidismo. Aos poucos, o usuário apresentou melhoras expressivas.

Duas reflexões importantes decorrem desse relato.

A médica discordava do protocolo por exigir o ANTI PO e ANTI TG, pois segundo ela são exames que o clínico não sabe avaliar e, portanto, deveriam ser solicitados pelo especialista. Por sua vez, a regulação fez todo um processo de divulgação do protocolo enquanto ainda em elaboração: divulgaram-no por email a todos os médicos da rede e às unidades, discutiram com a APM local e fizeram várias reuniões com os médicos.

Ou seja, é evidente a tentativa da regulação e da gestão do município de envolver o maior número de participantes nesse processo. Por outro lado, essa médica, extremamente atuante em sua unidade, zelosa por seus pacientes e com uma grande predisposição para colaborar, argumentou não haver conseguido contribuir com o protocolo em função de sua extensão (cada especialista contribui na sua especialidade e os generalistas tem que analisar o conjunto do protocolo) e da falta de tempo

para análise. Somente quanto se deparava com um caso como o estudado é que se lembrava de que poderia ter contribuído. Disse também que no momento anual de revisão do protocolo, provavelmente ela já terá se esquecido dessa proposta de alteração.

Percebe-se, portanto, que não basta contar com uma equipe de gestores com predisposição para construir um processo participativo e com profissionais querendo participar, para que ocorra um encontro intercessor entre esses atores. Faz-se necessária análise cuidadosa das razões e circunstâncias de cada parte para se pensar em estratégias mais eficazes.

Outro ponto importante é a análise da necessidade do encaminhamento solicitado, considerando-se que o usuário permaneceu sendo cuidado na atenção básica e obteve sensível melhora em seu quadro clínico. O que motivou a consulta ao especialista foi a insegurança da profissional com relação à conduta adotada, até verificar a melhora do quadro.

Esse caso, portanto, poderia ser resolvido por meio de um processo de matriciamento com o especialista. A própria médica declarou que se houvesse a oportunidade de conversa com endócrino, prescindiria do encaminhamento.

Os protocolos são construídos com base em evidências clínicas, ou seja, baseados em medianas ou médias e desvios padrões daquilo que ocorre com maior frequência em determinadas situações de adoecimento. Sabemos, no entanto, que a prática clínica não pode prescindir do olhar clínico que deve considerar as especificidades de cada caso, incluindo as subjetividades e contexto de cada pessoa. Isso poderá somente ser captado em ato. A clínica não é uma ciência exata e sempre haverá aquilo que fugirá da média, que o protocolo não previu.

Machado (2006), ao fazer uma análise do procedimento metodológico que Michel Foucault chamou de “arqueologia” em seus estudos sobre os processos de produção de saberes, define uma “arqueologia do olhar” e esclarece que na medicina clássica, para se produzir o conhecimento da doença se abstrai o doente, dispensava-se o corpo; havia um privilégio da

linguagem em detrimento do olhar. Na medicina moderna se privilegia “o olhar loquaz do médico” que é o ponto de referência para análise da linguagem. *“O olhar clínico tem essa paradoxal propriedade de ouvir uma linguagem no momento em que percebe um espetáculo.”* (MACHADO, 2006, p.93).

Merhy, Feuerwerker e Cerqueira (2010) ponderam, no entanto, que muitas vezes o profissional vai ao encontro com o usuário considerando-se já sabedor do que vai encontrar, não abrindo espaço para escutar o outro, orientando-se somente por “a prioris”, como os definidos por um protocolo. Isso implica em que as equipes neguem ao usuário uma posição de agente ativo na produção de sua saúde, tomando-o como objeto de sua intervenção.

Para produzir o cuidado, faz-se necessário recuperar a capacidade de ouvir o usuário, pois *“o relato das pessoas na orientação do raciocínio diagnóstico e terapêutico foi sendo progressivamente substituído pelo impressionante arsenal de tecnologias diagnósticas, terapêuticas e prognósticas desenvolvidas ao longo do século XX.”* (AYRES, 2009, p.18)

Assim, da mesma forma que a equipe de regulação tem que estar aberta para escuta do que a equipe de referência encontra, esta também tem que estar aberta à escuta do usuário. Nas entrevistas, uma médica reguladora da CRU mencionou que o regulador trabalha no telefone, não vê o paciente, mas tem que ter uma “visão humanística” e considerar o que o colega que está na ponta fala; se colocar no lugar dele (ou melhor, confiar em suas considerações e ponderações).

Se colocássemos as casuísticas de um serviço de saúde numa curva de Gauss, para determinar a probabilidade de distribuição de um evento, poderíamos inferir que cerca de 70% a 90% (a depender do desvio padrão utilizado) seria considerado como de ocorrência “normal”; ou seja, aquilo que se espera que aconteça. No entanto, no campo da clínica os 10% a 30% que fogem da regra não podem ser desprezados. Assim, o uso de um protocolo não pode prescindir da análise e discussão daquilo que é incomum, daquilo que foge da regra.

Merhy, Feuerwerker e Cerqueira (2010) consideram que na repetição sempre haverá uma diferença. Há sempre um detalhe que faz a diferença, a tal ponto que podemos dizer que há 7 bilhões de singularidades que vivem na Terra, por mais que todos sejam muito repetidos em relação ao outro. Os autores nos trazem a reflexão de que achar os pontos de uma repetição nos permite um agir protocolado, porém esse agir não pode anular a diferença, sem ser tocado por ela. O desafio é fazer com que o saber da repetição aumente as possibilidades de operar com a diferença e não com a sua anulação.

Os autores consideram que o cuidado é a alma dos serviços de saúde e não a clínica, na medida em que a clínica é o território das tecnologias leves duras, relativas aos conhecimentos estruturados (portanto, pertencente aos trabalhadores), e o cuidado é o território das tecnologias leves, relativas ao campo relacional (pertencente a todos, incluindo os usuários).

O uso de um protocolo não pode limitar o ato clínico. Ele serve para orientar a prática dos profissionais. Quem atua nas centrais de regulação e quem atende diretamente a população deve ter clareza de que é esperado que uma parcela da clientela de qualquer serviço ou profissional não se encaixe no protocolo.

Se essa parcela for muito significativa, caberá uma reflexão, em equipe, se há uma especificidade naquela população que justifique essa diferença, se há necessidade de adequar o protocolo para ajustá-lo à realidade local ou se isso é um indício de necessidade de revisão da prática de determinado profissional.

Todas as possibilidades devem ser cogitadas e analisadas; as equipes de referência devem problematizar essas situações entre si e com a equipe de regulação e, por sua vez, a central de regulação deverá ter mecanismos de escuta dos profissionais da rede para avaliar cada situação que se apresente e tomar a decisão correta.

Para Merhy, Feuerwerker e Cerqueira (2010) é importante reconhecer que nessa repetição se constrói diferenças, e no encontro com o usuário, na

micropolítica do trabalho vivo em ato, é preciso abrir espaços para olhar a produção de novos acontecimentos.

d) A dinâmica do trabalho em saúde e sua influência nos serviços de saúde e na regulação

Os modelos organizacionais produzidos ao longo das últimas décadas exerceram e exercem até hoje forte influência na organização dos serviços na área da saúde. A concepção estrutural funcionalista de Parsons ainda é um paradigma hegemônico nos estudos e intervenções organizacionais na saúde, tanto no que se refere à gerência dos estabelecimentos de saúde como na gestão de sistemas de saúde.

Por sua vez, as experiências de modelos mais participativos que buscam considerar a dimensão do sujeito no processo de trabalho têm demonstrado desafios em sua implantação e na produção do cuidado em saúde. O funcionamento dos serviços de saúde e da regulação é dependente da ação de cada trabalhador, de suas interações em suas equipes de trabalho e com os usuários, com o próprio serviço e com a rede de atenção.

Campos (2010) denomina de “*racionalidade gerencial hegemônica*” as várias teorias e métodos que buscam regular o trabalho humano, por meio da centralização normativa e executiva, de forma a reduzir o espaço de reflexão e autonomia nas decisões. Reflete sobre o “dilema” entre a autonomia profissional e o estabelecimento de normas rígidas de controle e considera que o trabalho em saúde tem certas peculiaridades que geram grande tensionamento entre a racionalidade gerencial hegemônica e o desenvolvimento das potencialidades do ser humano.

Para o autor, o trabalho em saúde é uma “*praxis*”, pois o uso da técnica não prescinde da reflexão durante a execução da atividade; compara a prática em saúde, mesmo quando realizada em equipe ou em rede, a um

trabalho artesanal; *“um neoartesanato ainda a ser desenvolvido em sua plenitude”*. Nessa perspectiva, o autor defende modelos de gestão que privilegiem a autonomia necessária ao trabalho em saúde, mas que combinem participação com controle sobre o trabalho, com vistas ao alcance das necessidades dos usuários e da responsabilidade sanitária.

Há que se reconhecer a dificuldade em subordinar o trabalho em saúde, particularmente o trabalho médico, à lógica da gestão. O processo de implantação de protocolos clínicos ou de acesso é um exemplo claro da dificuldade de diretrizes gerais se adequarem ao momento singular de produção do cuidado. O profissional de saúde, particularmente o médico, tem que participar da construção e acreditar que aquele instrumento ou norma vai favorecer sua atuação clínica, pois quando este é visto como cerceamento de sua autonomia, o trabalhador pode criar outros caminhos por meio da constatação de evidências clínicas somente visualizadas no momento do atendimento ao paciente.

Assim, ao levar em conta somente os aspectos tecno-administrativos dos protocolos, os gestores podem incorrer no equívoco de desconsiderar as singularidades de cada usuário. No entanto, sabemos que a autonomia do profissional pode ser utilizada a favor do interesse do usuário, mas também pode ser orientada por interesses corporativos ou mesmo mercantis. É nesse conflito de interesses que ocorre a disputa em que as necessidades do usuário podem ou não entrar em questão.

As regras que interferem diretamente na conduta profissional, sobretudo se construídas e aplicadas de forma verticalizada e autoritária, sempre encontrarão dificuldades na sua implantação, pois limitam a autonomia profissional, tão necessária e valorizada pelos profissionais de saúde. Pior ainda na situação que vivemos de escassez do profissional médico no mercado. Ele “ameça” o gestor com a possibilidade (muito alta) de que este não consiga reposição daquela força de trabalho.

Conforme estudo sobre as modificações na prática médica a partir das transformações no modo de produção da atenção à saúde no Brasil (DONANGELLO, 1975 apud CAMPOS, 2010), identificou-se nova forma de

inserção no mercado de trabalho, na qual o trabalho do médico assalariado (em hospitais ou clínicas) guardaria proximidade com o trabalho liberal clássico, na medida em que se observa um controle parcial, por parte dos médicos, dos seus meios de trabalho e da clientela, uma certa autonomia que não é normalmente observada em outros setores do trabalho assalariado.

Campos (2010) considera que os médicos se valeram da ação política, sindical e corporativa para defender essa autonomia, mesmo na situação em que não são proprietários dos meios de trabalho. Isso se deve também à complexidade do processo saúde-doença, sobretudo devido a sua variabilidade, o que leva a uma “relação paradoxal entre padronização e singularidade dos casos.”

“Para os médicos, a autonomia profissional, constituída historicamente ao longo do século XIX e cerne da medicina liberal, veio a ser uma conquista ímpar da medicina moderna.” (FREIDSON, 1970; STARR, 1982 apud SCHRAIBER, 1995, p.58).

Em estudo realizado por Schraiber (1995) sobre questões relacionadas à autonomia da prática médica, a autora indica que o ato médico detem um caráter tecnológico e científico (medicina como ciência da cura), e ao mesmo tempo um caráter empírico e pragmático (medicina como arte de curar), o que lhe confere autonomia para o ato. No entanto essas características estão em constante tensão: *“assim como a presença da autonomia na ação médica tensiona a técnica-científica; o desenvolvimento científico-tecnológico tensiona a decisão autônoma, o ato independente e a produção isolada do trabalho médico”*. (SCHRAIBER, 1995, P.61)

Em trabalho mais recente dessa autora (2008) é apontada a tensão da prática médica atual, já que os médicos passaram a ser meros aplicadores dos conhecimentos de uma medicina, cada vez mais tecnológica, seguindo rotinas pré estabelecidas, sem produzir grandes interferências pessoais, como forma de aprimorar a uniformidade de suas intervenções. *“A garantia da qualidade estaria na presença de recursos*

tecnológicos, porque derivados diretamente do conhecimento, secundarizando-se o papel do médico”. (SCHRAIBER, 2008, p.142)

Os médicos, tendo sua atuação limitada em sua dimensão liberal e mais produzida como trabalho assalariado e dependente de outras estruturas institucionais e ou mercantis, buscam preservar sua autonomia como estratégia de poder.

As médicas da atenção básica entrevistadas neste estudo, se consideram “operárias assalariadas”, com carga horária de 12 horas diárias e sem tempo para estudar, o que reforça a ideia de que há uma clara percepção em relação aos cerceamentos.

Se a autonomia hierárquica dos médicos se vê ameaçada, sua autonomia técnica se coloca como preponderante nas relações de trabalho. No entanto, segundo Schraiber (2008), na medicina tecnológica o êxito também está ancorado na relação do médico com as organizações onde estão disponíveis as tecnologias. O encontro intersubjetivo entre médico e paciente, inerente à clínica, muitas vezes fica fragilizado pela existência desses intermediários. Os médicos entrevistados por Schraiber explicitam que *“parte da confiança perdida na relação médico-paciente foi transferida para tecnologia material.” (SCHRAIBER, 2008, p.184)* Nesse sentido, há uma evidente tensão entre preservar a autonomia da clínica e ao mesmo tempo valorizar a tecnologia que confere a dimensão científica à prática; e essa tecnologia, em grande parte, é dependente das organizações (em razão de custo, escala etc.).

A autonomia técnica é a liberdade de tomada de decisão frente às necessidades do usuário. Peduzzi (2001) propõe que o conceito de autonomia técnica *“procede à medida que não é possível desenhar um projeto assistencial que seja definitivo e único antes de sua implementação. As variadas autonomias dirão respeito à maior ou menor autoridade técnica, socialmente legitimada e não apenas tecnicamente estabelecida, das distintas áreas profissionais e da correlata amplitude da dimensão intelectual do trabalho”.* (PEDUZZI, 2001, p.105)

Segundo Barboza e Fracolli (2005), o trabalho em saúde tem uma dinâmica muito particular, que faz com que sempre haja uma incerteza sobre a padronização de seu produto final. “Num centro de saúde, diferentemente de uma fábrica, não é possível obter estratégias organizacionais, plenamente competentes, que consigam “capturar” o trabalho vivo. A “captura” total do autogoverno dos trabalhadores, nas práticas de saúde, não só é muito difícil, como impossível, pela natureza tecnológica deste trabalho”. (BARBOZA e FRACOLLI, 2005, p. 1038)

Merhy, em referência já citada nessa dissertação, considera que a produção de saúde se dá por meio do “trabalho vivo em ato”, isto é, o trabalho criador, no exato momento em que é executado, no momento do encontro com o usuário, e que determina a produção do cuidado.

No entanto, se sabemos ser imperioso preservar a autonomia do profissional de saúde em virtude da importância da valorização das necessidades identificadas no momento singular do encontro com o usuário, também sabemos que esse profissional é atravessado por diferentes lógicas - a de mercado, de suas histórias de vida, valores, formação, dinâmica da equipe, dentre outras. Por isso, uns usuários convocam o cuidado e outros não. Por certos usuários, que os ativam para o cuidado, os trabalhadores quebram as regras, por outros, não. Assim, faz-se necessário o encontro desses dois olhares para procurar responder às necessidades dos usuários.

Considerando essas especificidades do trabalho em saúde, podemos observar várias experiências de gerência e gestão em saúde com base em pressupostos democráticos e participativos dos trabalhadores, que incluem práticas de gestão colegiada como alternativa aos modelos gerencialistas, utilizados de forma hegemônica.

Campos (1998) descreve um método para governar instituições de saúde de forma colegiada, considerando o alcance de metas das instituições, a realização dos profissionais e a satisfação dos usuários. O autor faz um contraponto do seu método com a concepção taylorista

adotada na fabricação de produtos industrializados, baseada na fragmentação dos processos de trabalho.

O método proposto pelo autor investe na produção de sujeitos autônomos e com capacidade para cumprir seus compromissos. Busca assegurar o cumprimento dos objetivos primários das organizações e ao mesmo tempo estimular os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão em decorrência da realização profissional e pessoal. Podemos dizer que este método vai ao encontro dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, com destaque para a descentralização e controle social, na medida em que propõe articulação entre a participação horizontal da base com os objetivos institucionais, combinando democracia institucional com capacidade operacional.

No entanto, da mesma forma que os princípios democráticos, participativos e de proteção social previstos no marco legal do SUS tem dificuldades de ser implementados num contexto de predominância da lógica neoliberal e de modelos gerenciais e autoritários de gestão, os modelos de gestão colegiada de organizações também encontram limites na sua operacionalização.

Estudos realizados por Cecílio (2010) apontam um conjunto de problemas ligados ao funcionamento de colegiados de gestão em unidades hospitalares e ambulatoriais. Segundo o autor, com base em um estudo empírico coletado em programa de educação permanente em Unidades Básicas de Saúde de Campinas, “*aparentemente os colegiados de gestão não conseguem cumprir algumas expectativas que suas formulações iniciais previam, em particular de funcionar como espaços de negociações, composições e pactuações*”. (CECILIO, 2010, p.559)

O autor faz uma análise do funcionamento dos vários colegiados de gestão dividindo-os segundo sentidos, estrutura e dinâmica. Relata que “*há uma tensão entre a percepção do colegiado de gestão como espaço democrático, de práticas solidárias, dialógicas, visando à construção de consensos em torno de um projeto para a unidade, e a percepção do*

colegiado de gestão como espaço duro de disputa, de imposição de projetos”. (CECILIO, 2010, p.561)

Com relação à estrutura, o estudo demonstrou que a composição dos colegiados apresentava alguns limites, tais como a dificuldade em ter candidatos aos cargos, a indicação dos candidatos por motivações de caráter corporativo ou indicações por convite do coordenador das unidades. Em todos os casos observou-se pouca articulação entre o representante do colegiado e os demais trabalhadores das unidades. Com relação à dinâmica, foram observadas restrições de governabilidade do colegiado, com pautas voltadas às questões administrativas.

O autor conclui que *“nenhum colegiado de gestão, mesmo o que se aproxime da idealidade anunciada pelos seus formuladores como estratégia de gestão, dará conta da complexidade da vida organizacional.” (CECILIO, 2010, p.564)*

Considera que a implantação de colegiados é uma condição necessária para uma gestão mais democrática e participativa, mas não é suficiente para que esta gestão aconteça na prática. São necessários processos pedagógicos baseados na estratégia da Educação Permanente ou apoio institucional, para que o coordenador e os demais membros do colegiado consigam lidar com as tensões constitutivas desses arranjos. Além disso, faz-se necessária a implementação de outros dispositivos de cogestão mais descentralizados e cotidianos, como grupos de trabalho ou projetos terapêuticos envolvendo toda a equipe.

A lógica de uma gestão colegiada é fundamental para propiciar espaços democráticos de escuta e de decisão, mas não dará conta da complexidade das relações de que estabelecem em qualquer serviço. O campo da micropolítica e da psicodinâmica do trabalho, com seus poderes, conflitos e afetações, devem ser considerados.

“Não há arranjo institucional, por mais público e coletivo que seja, que consiga capturar ou circunscrever a complexidade das relações institucionais. Por mais que se deseje, como parte de um projeto ético-político, superar formas verticais de controle, consideradas “autoritárias”,

por outras de cunho mais normativo e horizontalizado. Algo transborda desses espaços e se realiza nos territórios da micropolítica organizacional.” (CECILIO, 2007, p.346)

Para Cecílio (2007) é necessário que os gestores assumam que existe um espaço de liberdade dos trabalhadores, e que admitam ser *“misturados a outros para compor um novo, muitas vezes surpreendentemente diferente dos que portávamos antes do encontro... É melhor abandonar, de vez, a pretensão de impor uma determinada racionalidade única aos serviços”*. (CECILIO, 2007, p.348)

Os modelos praticados nas organizações sofrem e exercem influência da dinâmica estabelecida pelo sujeitos em sua relação com o trabalho. Dejours (1994) aponta a ligação que se tornou central na psicopatologia do trabalho, entre as pressões do trabalho nas organizações e as defesas contra os efeitos psicológicos dessas pressões. O autor dá destaque para as estratégias coletivas de defesa, que se sustentam por consenso, necessárias para a continuação do trabalho e adaptação às pressões.

Nessas condições *“os trabalhadores constroem verdadeiras “regras de trabalho” ou de “ofício” que não estão de acordo com a organização do trabalho oficial. “Não se trata mais apenas de macetes, de truques e de habilidades pontuais ou isoladas, mas de uma articulação coerente entre elas, cuja soma conduz à elaboração de verdadeiros princípios reguladores para a ação e para a gestão das dificuldades ordinárias e extraordinárias observadas no curso do trabalho. Essas regras são produzidas pelos coletivos de trabalho e dão lugar a conflitos, litígios e arbitragens que atrapalham a evolução das relações sociais de trabalho e tem um impacto até na própria organização técnica do trabalho (CRU, 1988 apud DEJOURS 1994, p.133).”*

Essas regras, chamadas por Dejours de “inteligência austuciosa”, subvertem a regulamentação institucional, em função das necessidades impostas pelo cotidiano do trabalho. Se por um lado essa inteligência é fruto

do sofrimento gerado pelo trabalho, por outro ela leva não somente a atenuação do sofrimento, mas também ao prazer.

No caso estudado, havia uma sobrecarga de trabalho para os enfermeiros do hospital, em virtude da contratação limitada. Os enfermeiros falavam o tempo todo dessa condição de trabalho para os pacientes, que acabavam tendo uma avaliação de que aqueles eram bons profissionais, que não prestavam o cuidado adequado em função da sobrecarga.

Assim, percebemos uma diferença entre o que é prescrito pela hierarquia formal e o que é organizado pela necessidade real do trabalho, e os gestores e gerentes dos serviços de saúde devem estar atentos a essas estratégias e dispostos a compreender seus propósitos e negociá-las para o bom andamento das organizações.

A regulação, mesmo quando se utiliza de regras pactuadas, deve ter escuta e olhar para as adaptações que sofrem essas regras quando de sua aplicação, para constantemente realizar os ajustes necessários (sempre tendo as necessidades dos usuários e a melhor utilização dos recursos disponíveis como guia).

Neste estudo, por exemplo, foi identificada uma articulação entre o Hospital do município e a Central de Regulação de Ortopedia de outro município, num arranjo informal que viabiliza o acesso para cirurgias eletivas nessa especialidade. A central de regulação municipal e a estadual desconheciam essa articulação, que provavelmente foi uma alternativa buscada pelos profissionais incomodados com a dificuldade de encaminhamentos para cirurgias eletivas de ortopedia.

Considerando que há essa diferença entre o que é regulamentado pela instituição e o realizado pelo trabalhador, Ferreira e Barros (2003) trazem o conceito de incompatibilidade entre o trabalho prescrito e o trabalho real. O trabalho prescrito é a tarefa definida pela organização; é aquilo que se espera que ele faça. O trabalho real é aquele que se opera no cotidiano do trabalho, é aquilo que ele faz de fato. O trabalhador, ao ter que dar resposta às tarefas prescritas pela organização e também às necessidades impostas pelo cotidiano acaba gerando sobrecarga de

trabalho. Nesse contexto os autores observaram que quanto mais rígido o modelo de gestão do trabalho, menor é a possibilidade dos trabalhadores construírem estratégias eficientes e eficazes. As possibilidades de produção do cuidado aumentam na medida em que os trabalhadores usam o trabalho vivo e as tecnologias leves para reconhecer necessidades e singularidades. Sem autonomia, com o trabalho vivo capturado, as chances de haver cuidado diminuem.

“Um modelo de gestão que considera a complexidade da atividade, que atende às características e à diversidade dos trabalhadores e se fundamente na autonomia dos trabalhadores na gestão do tempo e obtenção de resultados, entre outros aspectos, potencializa a existência de vivências de prazer no trabalho, pois podem ser geradoras de sentimentos de gratificação, de realização, de reconhecimento, de liberdade, de valorização e de satisfação no trabalho”. (FERREIRA e BARROS, 2003, p.14).

Quando a gerência dos serviços e a regulação buscam compreender as motivações dessas estratégias, com o objetivo de coletivizá-las e incorporá-las ou simplesmente com o propósito de compreender sua necessidade naquele contexto, o trabalho é valorizado e se amplia a possibilidade de resposta às necessidades do usuário.

Merhy e Franco (2003) colocam que no interior das organizações operam vários planos, de maneira que, sobre a realidade estruturada - reflexo do instituído, emerge outra, não estruturada e transversal à organização, com fluxos e redes de conexões entre seus atores, que se encontram nos seus processos de trabalho. Para operar numa lógica que considere essa diversidade faz-se necessário considerar os sujeitos do processo de trabalho, seus processos produtivos, fluxos e afetos que atravessam a realidade do trabalho.

Os autores consideram que o mundo do trabalho é o lugar do diverso, da diferença, da tensão e da disputa e que existem “linhas de fuga”, que são caminhos que se instalam quando os sistemas produtivos já não

correspondem às expectativas dos trabalhadores, ou mesmo dos usuários. Segundo os autores o trabalho vivo em ato, que acontece nas relações entre os trabalhadores, e destes com os usuários, produz afetos e subjetividades na dinâmica do processo de trabalho.

Numa outra perspectiva sobre o trabalho, Hardt (2003) diz que as práticas de trabalho produzem subjetividades coletivas, sociabilidade e a própria sociedade. Este autor traz o conceito de “trabalho afetivo”, que se por um lado se coloca como um alicerce da produção capitalista, por outro é capaz de produzir afetos, subjetividades e apresenta grande potencial para valorização da vida. Para o autor, o trabalho afetivo é um dos aspectos do trabalho imaterial, cujo resultado não é a produção de bens e produtos; seu resultado se faz na elaboração de saberes e afetos.

A partir do conceito de trabalho imaterial de Hardt, Manzano (2009) coloca que no trabalho imaterial, o foco está na produção de conhecimento, de imagens e de afetos. Assim, outra configuração de subjetividade ganha relevância, de modo a extrair habilidades que vão além da força física, e são fundamentais para garantir a preferência dos clientes e a permanência das empresas no mercado.

Essas habilidades que caracterizam o trabalho imaterial são o pensamento, a criatividade, a capacidade de formulação, a sensibilidade, a sociabilidade e a afetividade. A autora conclui que os resultados do trabalho material só encontram lugar no mercado quando acrescidos da dimensão imaterial, pois a mera disponibilização da mercadoria já não é mais suficiente para garantir a venda, o que faz com que as empresas estimulem a produção do trabalho imaterial. A ênfase na subjetividade e na potência de criação, entretanto, pode levar os trabalhadores a quadros psicopatológicos, como stress, depressão cada vez mais comuns os ambientes de trabalho. Os serviços de saúde se baseiam fundamentalmente em trabalho afetivo imaterial, pois exigem o contato humano, criação e gestão de afetos e não estão imunes a esse contexto.

O trabalho em saúde tem especificidades. Sempre acontece num encontro em que as duas partes – o trabalhador e o usuário - podem

modificar o processo e é um trabalho consumido no mesmo momento em que é produzido, por isso é “em ato”. Por isso, o trabalho em saúde é “trabalho-vivo dependente” e será melhor sucedido na medida da capacidade do trabalhador de identificar as necessidades singulares do usuário e utilizar todos os saberes e equipamentos necessários para responder a elas (MERHY, 2006).

O objetivo final do trabalho em saúde é (ou deveria sempre ser) a produção do cuidado. Para promover a gestão do cuidado deve se considerar que gestores e trabalhadores estão envolvidos nos diversos contextos das relações de trabalho. É necessário reconhecer os diversos planos que operam no mundo do trabalho, conforme descreve Merhy.

Também é fundamental identificar as estratégias coletivas de defesa que levam à constituição da “inteligência astuciosa” para subverter a regulamentação institucional, conforme descreve Dejours, bem como compreender que o trabalho em saúde é um trabalho afetivo e imaterial, conforme descreve Hardt, e ainda que haja diferenças entre o trabalho prescrito (protocolos, regras...) e o agir em saúde.

Os gestores, gerentes e cada trabalhador devem compreender esses processos que ocorrem por dentro dos serviços de saúde, e pensar em novas e singulares formas de produção do cuidado. O saber adquirido pelo trabalhador durante seu trabalho deve ser estimulado e considerado nas decisões dos serviços de saúde e nas diretrizes da regulação. É necessário que o gestor e gerente dos serviços de saúde reconheçam essas especificidades para oferecer à população um cuidado em saúde com qualidade.

Cecílio (2009) coloca três dimensões para analisar a gestão do cuidado: profissional, organizacional e sistêmica. Na dimensão profissional é onde se dá o encontro entre trabalhador e usuário. Nesse encontro, é necessário que o profissional disponha, além do conhecimento técnico-científico, de postura ética para com o outro e capacidade de criação de vínculo entre profissional e paciente. É nesse espaço singular, atravessado

por trabalho vivo em ato, que deve ser visto como o eixo central de qualquer ação gerencial.

Atualmente, com o processo de institucionalização do trabalho em saúde e a diminuição do caráter liberal do trabalho médico, a dimensão organizacional torna-se também fundamental no cuidado. A divisão técnica do trabalho em saúde e a consequente fragmentação de sua prática exige um esforço gerencial para produção do trabalho em equipe e da integralidade do cuidado. Na dimensão sistêmica percebemos o sistema de saúde, seja em sua dimensão municipal, regional ou estadual, em que se faz necessária a definição de fluxos entre os serviços, protocolos, centrais de regulação para garantia do acesso equânime dos usuários aos serviços de saúde.

Todas essas dimensões se articulam entre si e se interpenetram, pois uma depende da ação da outra. *“A eterna insuficiência ou a inesgotável demanda por serviços de média e alta complexidade, todos sabem, depende muitíssimo de como a gestão do cuidado é feita pelo profissional e pela equipe. O outro lado da moeda: o cuidado ao paciente, feito pelo profissional, é altamente dependente do trabalho da equipe e de quanto o sistema pode ou não oferecer as tecnologias para que o cuidado se finalize.”* (CECÍLIO – 2009, p.551).

É fundamental que os gestores do sistema de saúde e os gerentes de serviços desenvolvam um olhar sobre a dimensão profissional da gestão do cuidado. Faz-se necessária a priorização, de fato, da força de trabalho para a implementação de um sistema de saúde qualificado. Na regulação, por mais importantes que sejam os sistemas de informática ou as condições estruturais da rede de serviços, é imperioso o investimento nos trabalhadores. A força de trabalho é o principal instrumental para a produção de saúde e não temos visto estratégias efetivas para sua valorização. Para que se inverta a lógica de privilegiamento do olhar para a macropolítica em detrimento da micropolítica das organizações, é necessário maior investimento no potencial do trabalhador, aproximação ao cotidiano,

investimento na produção de espaços de diálogo, reflexão crítica e pactuação.

VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conceitos de saúde, como direito social ou como mercadoria a ser consumida, estão em permanente disputa na sociedade e a regulação pública da atenção à saúde convive com essas tensões, num sistema público atravessado por interesses privados, como é o caso do SUS. A construção de processos regulatórios estará sempre em disputa entre a força do mercado e das necessidades individuais e coletivas.

É fundamental para a organização dos processos regulatórios na gestão municipal de saúde, com vistas a propiciar maior equidade no acesso aos serviços, o entendimento de que tanto a microrregulação, que opera nas respostas do sistema ao conjunto de demandas da população, quanto a macrorregulação, que se refere aos mecanismos de gestão que interferem na produção de saúde e coloca as regras para contenção do livre mercado, poderão atuar no fortalecimento do “componente anticapitalístico”, definido por Merhy (2007).

Compreender esse contexto macropolítico e suas influências na organização dos sistemas municipais de saúde é tão importante quanto se debruçar sobre o campo da micropolítica do cuidado para construção de sistemas de saúde integrais.

Ações do campo macropolítico podem oferecer as condições e estruturas necessárias para a construção de um modelo de saúde integral, mas somente a atuação direta na micropolítica do cuidado e das relações interpessoais proporcionará de fato mudanças nesse sentido. Para tal, faz-se necessário priorizar uma agenda focada nos processos de trabalho dos serviços de saúde, no modo como eles se organizam e nas relações

produzidas, que são fundamentais para superação da fragmentação e desarticulação dos sistemas de saúde.

Este estudo mostrou que o sistema de saúde apresenta fragilidades no que se refere à “integralidade ampliada”, que se dá a partir da articulação entre os serviços, como também quanto à “integralidade focalizada”, que se dá a partir da articulação da equipe de um serviço para compreender as necessidades singulares de cada sujeito (CECILIO, 2001).

Os diferentes atores/sujeitos entrevistados apontaram a contrarreferência e a articulação entre os serviços como objetivos difíceis de serem atingidos. A partir dessa constatação podemos compreender que há mais dificuldade em propiciar a integralidade do cuidado do que o acesso propriamente dito. Ou seja, a referência, que é conseguir a vaga, foi menos citada como problema, seja pelos trabalhadores, seja pelos usuários entrevistados. Assim, as principais fragilidades do sistema foram identificadas na desarticulação da rede para favorecer o cuidado integral.

Uma frase do profissional que fez as transcrições das entrevistas aqui apresentadas traduziu, em parte, essas reflexões ¹³:

“Eu atuei durante vários anos na área de comunicação em saúde pública. Sempre achei que a ineficácia dos fluxos internos e externos de informação é o maior de todos os problemas do SUS: o SUS não “conversa” com o SUS; o SUS não se mostra para o SUS; logo, o SUS não conhece o SUS! Porém, como sou jornalista, minha visão sempre se restringiu à necessidade de maior divulgação interna e externa do que é o SUS, do que o SUS faz etc. Sua pesquisa me alertou para outro aspecto: as fraturas nos fluxos de trabalho! Ora, isso é muito mais concreto do que minhas conjecturas “comunicacionais”! A grande questão não é de Comunicação Social, é de organização do trabalho; aí nasce a “descomunicação” que se reflete no sistema como um todo e cria essa imagem institucional fragmentada e indefinida do SUS, que é percebida pela população e pela sociedade brasileira de maneira geral...”

¹³ Mensagem enviada por email, 2012.

Essas “fraturas nos fluxos de trabalho” comprometem a integralidade do cuidado dentro de cada serviço e aquela que se dá a partir da articulação entre os serviços de um sistema de saúde.

A regulação se apoia na capacidade regulatória dos serviços e é acionada por eles para propiciar o encaminhamento oportuno e no tempo certo para atender as necessidades e garantir a integralidade do cuidado. Para a regulação ambulatorial é necessário apostar na capacidade da atenção básica de intervir nos processos regulatórios, acolhendo o usuário, priorizando agravos e orientando o seu fluxo no sistema. Para regulação das urgências faz-se necessário contar com UPAs, Pronto Socorros e Unidades Hospitalares capazes de realizar acolhimento com classificação de risco, utilização adequada do conceito de “vaga zero” e a contrarreferencia adequada nos casos em que seja necessário o devido acompanhamento, proporcionando atendimento integral e longitudinalidade do cuidado. Há o reconhecimento de que uma regulação qualificada deva ocorrer em sintonia com o modelo de atenção, a partir da atenção básica acessível e que atue como principal ordenadora do sistema.

Para trabalhar no sentido da integralidade, a regulação da atenção deve considerar o espaço da micropolítica do processo de trabalho, pois esse é o lugar de encontro entre trabalhadores e usuários em que pode ser produzido vínculo com responsabilização pelo cuidado. Uma abordagem com olhar ampliado e escuta cuidadosa é necessária em todos os serviços.

A regulação pode auxiliar nesse processo de escuta das singularidades e definição de caminhos e fluxos entre os serviços da rede. Pode atuar numa dimensão macropolítica, propondo intervenções a partir de uma análise das principais demandas e do perfil de morbimortalidade da população; e também numa dimensão micropolítica a partir da criação de espaços de diálogo com as equipes e tendo escuta para as necessidades singulares captadas a partir do encontro dos profissionais com os usuários.

Para construção da regulação do acesso à saúde é importante que as equipes gestoras tenham como pressuposto a necessidade de criar espaços permanentes de diálogo entre os profissionais das centrais de regulação e os profissionais que atuam nos serviços de saúde da rede assistencial. Somente dessa forma será possível a construção conjunta de protocolos de acesso, linhas de cuidado e outros mecanismos que busquem atenção integral e equânime.

Há que se considerar, entretanto, que esses espaços não acontecem “naturalmente”; eles precisam ser construídos e pactuados a todo o momento, pois a tendência dos trabalhadores é reproduzir o que está automatizado, trabalhar dentro de suas zonas de conforto e com os seus saberes específicos. Não basta contar com gestores com predisposição para construir um processo participativo e com profissionais querendo participar, para que ocorra um “encontro intercessor” entre esses atores. Faz-se necessária análise cuidadosa das razões e circunstâncias de cada parte para se pensar em estratégias mais eficazes.

Feuerwerker (2011) traz como possibilidades de dispositivos a serem trabalhados em espaços coletivos: os fluxogramas analisadores, mapas analíticos, dramatizações, discussões de casos, dentre outros. Pondera, no entanto, que para esse tipo de trabalho normalmente faz-se necessário uma mediação como apoio institucional ou apoio matricial, desenvolvidos com variados arranjos em diferentes experiências municipais. Esses dispositivos precisam ser trabalhados a partir dos agenciamentos e as circunstâncias de cada encontro, reconhecendo que a organização da assistência é produto da interação entre os atores sociais e políticos envolvidos no ato do cuidado.

O processo regulatório, quando construído a partir dessas premissas e de forma integrada com as equipes de referência das unidades de saúde, pode se constituir numa forma de superar as inúmeras dificuldades enfrentadas nos processos de referência e contrarreferências. Quando os profissionais se conhecem e tem consolidado espaços de conversas, reconhecimento mútuo e construção de confiança, cria-se a possibilidade de

se enxergar a partir de outros pontos de vista, o que por si já é um terreno fértil para criar possibilidades de cooperação para a produção do cuidado.

Os profissionais que atuam nas centrais de regulação, quando fazem uso apenas de sistemas informatizados, protocolos clínicos e de fluxo ou grades de referências estão utilizando tecnologias duras e leve duras para desempenhar seu trabalho. No entanto, quando se ocupam de pactuar os protocolos com as equipes das unidades de saúde e conselho local, quando se propõem a discutir casos com as equipes de referência ou quando tomam decisões levando em conta a singularidade dos sujeitos, estão se utilizando de tecnologias leves e produzindo um trabalho vivo em ato.

É claro que é fundamental a presença de Trabalho Morto, como o uso dos protocolos. No entanto, o Trabalho Vivo em Ato deve ter preponderância sobre a simples aplicação deste protocolo enquanto instrumental prescritivo. Isso significa serem fundamentais a construção pactuada destes protocolos, as discussões dos casos e a mediação dos conflitos advindos das diversas interpretações para seu uso, bem como sua relativização quando necessário.

O funcionamento dos serviços de saúde é dependente da ação de cada trabalhador, de suas interações nas equipes, com os usuários e com a rede.

Nesse sentido, o mundo do trabalho também deve ser compreendido em toda sua complexidade e diversidade. A diferença entre o que é prescrito pelas organizações e o que é organizado pela necessidade real do trabalho deve ser compreendida pela gestão e estratégias de negociação devem ser utilizadas para o bom andamento dos serviços. A regulação utiliza uma série de norma e regras pré estabelecidas para seu funcionamento, mas deve ter escuta e olhar para as adaptações que essas regras sofrem em sua aplicação.

O trabalho em saúde tem suas especificidades, pois se dá “em ato” e depende de “trabalho vivo”, assim devemos compreender os processos que ocorrem dentro das equipes e dos serviços para pensar novas e singulares formas de produção do cuidado.

Sem contemplar esses dois planos de produção, a regulação e a gestão se enfraquecem em seu potencial de produzir diferença na qualidade da atenção aos usuários.

IX – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, J.R.C.M. *Uma Concepção Hermenêutica de Saúde*. Physis: Ver. Saúde Coletiva, RJ, 17(1): 43-62, 2007.
- AYRES, J.R.C.M. *Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas*. Saúde e Sociedade, vol. 18, supl. 2, 2009.
- BADUY, R.S.; FEUERWERKER, L.C.M.; ZUCOLI, M.; BORIAN, J.T. *A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção*. Cad. Saúde Pública vol.27 nº 2 Rio de Janeiro Fev. 2011.
- BARBOZA. T.A.V. e FRACOLLI L.A. *A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4); 1036-1044 jul-ago, 2005.
- BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília; Senado Federal, art. 196-200, 1988.
- BRASIL. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.
- BRASIL. *Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 1/91*. Resolução nº 258 de 7 de janeiro de 1991. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 10.1-1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 -NOB-SUS/92* . Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Brasília, 1992.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB - SUS 93*. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Brasília, 1993.
- BRASIL. *Lei nº 8666 de 21 de junho de 1993*. Institui normas para licitações na administração pública, 1993.
- BRASIL. *Decreto nº 1.651 de 28 de setembro de 1995*. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria do SUS, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS 01/96*. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Brasília, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS -SUS 01/2002*. Portaria GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde*, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto pela Saúde 2006*. Portaria GM n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Diretrizes para Programação Pactuada e Integrada da Assistência a Saúde*. Serie Pactos Pela Saúde, vol.5, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde e OPAS. *A Política de Regulação no Brasil*. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 1.559, de 1 de agosto de 2008*. Institui a Política de Regulação do SUS, 2008.
- BRASIL. *Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011*. Dispõe sobre a incorporação tecnológica no âmbito do SUS, 2011.
- BRASIL. *Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011*. Diário Oficial da União. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria no SUS*. versão revista e ampliada, 2011.

- BRESSER-PEREIRA, LC; *A reforma gerencial do estado de 1995*. Revista de Administração Pública 34(4), 55-72, 2000.
- CAMPOS G.W.S. *O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso*. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 14(4), 863-870, 1998.
- CAMPOS, G.W.S. *Saúde Paidéia*. São Paulo:HUCITEC, 2003
- CAMPOS, G.W.S. e DOMITTI, A.C. *Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde*. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (2): 399-407, 2007.
- CAMPOS, G.W.S. *Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia*. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5): 2337-2344, 2010.
- CANGUILHEM,G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro. Editora Forense-Universitária,1990.
- CAPONE, S. *A saúde como abertura ao risco*. In:CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. (orgs). *Promoção da Saúde:conceitos, reflexões, tendências*. RJ:editora Fiocruz,176p.(55-77), 2003.
- CARCANHOLO, R. e NAKATANI, P. *O capital especulativo parasitário: uma precisão teórica sobre o capital financeiro, característico da globalização*. Ensaio FEE, vol.20 , nº 1, PP 264-304. Porto Alegre, junho de 1999.
- CARVALHO, S.R. E CUNHA, G.T. *A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde*. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.) *Tratado de Saúde Coletiva*, São Paulo – Rio de Janeiro, Ed. Hucitec e Ed Fiocruz,p.837-868, 2006.
- CASTEL, R. *A insegurança Social: o que é ser protegido ?* São Paulo, editora Vozes, 2005.
- CECILIO L.C.O. *Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada*. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13(3): 469-478, jul-set 1997.

- CECILIO, L.C.O. *As necessidade em saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção*. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (org.), Os sentidos da integralidade da atenção e do cuidado em saúde. R.J. IMS-UERJ, ABRASCO, 2001.
- CECILIO L.C.O. – *É possível trabalhar com conflito como matéria prima para gestão em saúde?* Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(2) p 508-516, mar/abr, 2005.
- CECILIO, L.C.O. O “*trabalhador moral*” na saúde: reflexões sobre um conceito. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v 11, n 22, p 345-63, 2007.
- CECÍLIO, L.C. O. *A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado*. Interface, vol.13, suppl, p.545-555, 2009.
- CECÍLIO, L.C. O. *Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico*. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 26(3), 557-566, 2010.
- CECILIO, L.C.O. *Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”?* Texto baseado em conferencia preferida em 26/10/11 no XII Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública. 2011
- CECILIO, L.C.O. e colaboradores. *A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser seu papel ?* 2012.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. *A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos*. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p.29- 47.
- CHIAVENATO I. *Administração: teoria, processo e prática*. São Paulo: Editora Mc Graw-Hill; 1985; p.381.

- CUNHA, G.T e CAMPOS, G.W.S. e. *Método Paidéia para cogestão de coletivos organizados para o trabalho*. ORG & DEMO, Marília, v.11, n 1, p 31-46, jan/jun, 2010.
- DEJOURS, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
- ELIAS, P. E. M. *Estado e saúde: desafios do Brasil contemporâneo*. São Paulo em Perspectiva, 2004, 18 (3), pp. 41-6.
- FADUL, E. *Dinâmicas Contemporâneas nas regulação de serviços públicos*. In: Regulação no Brasil – desenho, governança, avaliação. São Paulo: editora Atlas, 2007. PP. 09-30; cap 1.
- FERNANDES SILVA, S.. e MAGALHÃES JUNIOR, H.M. – *Redes de Atenção à Saúde: importância e conceitos*. In: Redes de Atenção à Saúde no SUS.IDISA e CONASEMS. Parte II cap. 1 e 2, 2008
- FERREIRA, M.C.; BARROS, P.C.R. *(In) compatibilidade de Trabalho Prescrito – Trabalho Real e Vivências de Prazer-Sofrimento dos Trabalhadores: um diálogo entre a ergonomia da atividade e a psicodinâmica do trabalho*. Revista Alethéia, Ulbra, Canoas-RS, 2003.
- FEUERWERKER, L.C.M. *A cadeia do cuidado em saúde*. In: Marins, J.J.N e Rego, S. Educação Médica: gestão, cuidado e avaliação. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABEM. 99-113, 2011.
- FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. *Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde?* In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p. 290-305. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.
- FOUCAULT, M. *Crise da Medicina ou Crise da Antimedicina ?* trad D. Reynié, Revista Centroamericana de Ciências de La Salud, nº 3, p. 197-209, 1976.
- GUARULHOS. Plano Municipal de Saúde, período 2010 – 2013. Online: disponível em

http://www.guarulhos.sp.gov.br/files/plano_m_saude_2010_2013_final_julho-11.pdf

- HART, M; *O reencantamento do concreto. O trabalho afetivo.* Cadernos de Subjetividade, HUCITEC, 2003.
- MACHADO, R. *Foucault, a ciência e o saber.* Jorge Zahar editor, Rio de Janeiro, 2006.
- MANZANO, S.R.V. *Transformações da subjetividade no exercício do trabalho imaterial.* Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ, ano 9, 2009.
- MENDES,E.V. *As Redes de Atenção à Saúde.* OPAS e CONASS, Brasília, 2011.
- MENDES, A. e MARQUES, R. *A problemática do financiamento da Saúde Pública Brasileira: de 1985 e 2008.* Economia da Saúde (UNICAMP.Impresso), 2012 (no prelo)
- MERHY, E. E.; *Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção.* In Merhy et al, “O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano”; São Paulo, HUCITEC, 2003.
- MERHY, E.E. & FRANCO, T.B., *Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional.* In Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.
- MERHY, E. E.; *Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo;* São Paulo, Hucitec, 2006.
- MERHY, E.E. e FRANCO, T.B. *Mapas Analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho.* Setembro, 2007. Mimeo.
- MERHY, E.E. *Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde – desafios para os modos de produzir o cuidado centrado nas atuais profissões.* Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde da Comunidade Pós Graduação em Saúde Coletiva, 2007.

- MERHY, E. E., FEUERWERKER, L.C.M. *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea*. In Mandarino, A.C.S e Gomberg, E.(org) Novas tecnologias e saúde. Salvador: EdUFBa, 2009.
- MERHY, E.E., FEUERWERKER, L.C.M., CERQUEIRA, M.P. *Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado*.In Franco, T.B. e Ramos, V. C. (orgs) *Semiótica, Afecção Cuidado em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- OLIVEIRA, R.R e ELIAS P.E.M. *Regulação em Saúde*. In Nelson Iba(org) cap 8 p.65. 2011.
- OPAS. *A Atenção à Saúde coordenada pela APS : construindo redes de atenção no SUS*. NAVEGADORSUS, Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, nº 2. Brasília, 2011a.
- OPAS. HARZHEIM,E. *Atenção Primária à Saúde e as Redes Integradas de Atenção à Saúde*. In: Inovações nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseada na APS. NAVEGADORSUS, Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde.Brasília, 2011b.
- OPAS. *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovações e quatro capitais brasileiras*. NAVEGADORSUS, Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde. Brasília, 2011c.
- PAULA, A.P.P. *Administração Pública Brasileira entre o Gerencialismo e a Gestão Social*.RAE Debate, vol 45,nº1, 2005.
- PEDUZZI, M. *Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*. Ver. Saúde pública, 2001; 35(1):103-109
- RAMOS, V. *Regulação na Saúde. . . e a pandemia de reformas nos sistemas de saúde*. Lisboa: Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS), 2003a.
- _____. *Regulação na Saúde : de que estamos a falar?* Lisboa: Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS), 2003b.

____Regulação na Saúde ... e a “Lei da inversão dos cuidados”
de J.T Hart, 2003

- SANTOS. F.P. e MERHY E.E., *A regulação pública da saúde no Estado – uma revisão*. Interface Comunic., Saúde, Educ., v.10, n.19, p.25-41, jan/jun 2006.
- SÃO PAULO. Comissão Intergestores Bipartite. *Deliberação CIB nº 153 de 21 de setembro de 2007*. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 2007.
- SÃO PAULO. Comissão Intergestores Bipartite. *Deliberação CIB nº 36 de 21 de setembro de 2011*. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 2011.
- SCHRAIBER, L.B. *O Trabalho Médico: questões acerca da autonomia profissional*. Cad Saúde pública, Rio de Janeiro, 11 (1): 57-64, 1995.
- SCHRAIBER, L.B. *O Médico e suas interações – a crise dos vínculos de confiança*. Editora Hucitec, cap III e IV, 2008.
- SCLIAR, M. *História do conceito de saúde*. Physis, Ver Saúde Coletiva, RJ, 17(1):29-41, 2007.
- SILVA, K.L., SENA, R.R., SEIXAS, C.T., FEUERWERKER, L.C.M, MERHY, E.E. *Atenção Domiciliar como mudança do modelo assistencial*. Rev. Saúde Pública, 44(1):166-76, 2010.
- SPOSATI, A. *Regulação Social Tardia: características das políticas sociais latino americanas na passagem entre o segundo e o terceiro milênio*. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Edição brasileira, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. cap III (7), p. 207-246
- ZIZEK, S. *A visão em paralaxe*. São Paulo: Boitempo, 2008. pp. 74-97; cap 5.