

Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Doutorado em Saúde Pública

TIAGO FEITOSA DE OLIVEIRA

O POTENCIAL ARTICULADOR DA REGULAÇÃO DO ACESSO
À ASSISTÊNCIA À SAÚDE

RECIFE
2014

TIAGO FEITOSA DE OLIVEIRA

**O POTENCIAL ARTICULADOR DA REGULAÇÃO DO ACESSO
À ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Tese apresentada ao curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Doutor em Ciências

Orientador: Dr. José Luiz do A. C. Araújo Jr.

RECIFE

2014

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- O48p Oliveira, Tiago Feitosa de.
O potencial articulador da regulação do acesso à assistência à saúde / Tiago Feitosa de Oliveira. - Recife: s.n, 2014.
167 p.: ilus., mapas; 30 cm.
- Tese (Doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2014.
Orientador: José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior.
1. Sistema Único de Saúde. 2. Regulação da assistência à saúde. 3. Redes de atenção à saúde. 4. Integralidade. I. Araújo Júnior, José Luiz do Amaral Corrêa de. II. Título.

CDU 614.39

TIAGO FEITOSA DE OLIVEIRA

**O POTENCIAL ARTICULADOR DA REGULAÇÃO DO ACESSO
À ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Tese apresentada ao curso de doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Data de aprovação: 29/04/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Luiz do A. C. Araújo Jr.
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Universidade de Campinas

Profa. Dra. Liane Beatriz Righi
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Cipriano Maia de Vasconcelos
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Sidney Feitoza Farias
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Aos trabalhadores do SUS Recife.

À Gastão Wagner, Rita Donalísio, Luiz Cecílio, Marilisa Berti, Everardo Nunes, José Carlos Silva, Roberto Marden, Jeanete Múfalo, Cipriano Maia, Gustavo Couto e Bernadete Perez; mestres do pensar e do agir, que tanto influenciaram na minha formação.

AGRADECIMENTOS

Aos que embarcaram comigo no movimento “Em Defesa da Vida”, em especial Gustavo Couto, Bernadete, Thatiane, Kátia Guimarães, Alberto, Alyne, Liliane, Kátia Magdala, Ana Beatriz, Roseli, Silvana, Geórgia, Petra; pela oportunidade de travarmos juntos um bom combate.

Ao Prof. Gastão, pelo que nos provoca a cada novo texto ou análise e por ter me iniciado na gestão do SUS em Campinas.

Ao meu orientador, Prof. Zé Luiz, pela acolhida e disposição de tornar possível este trabalho.

Aos professores do Aggeu, que me ajudaram a sobreviver na instituição, como Antonio Mendes, Tereza Lyra, Eduarda Cesse, Ana Brito, Sidney Farias, Lia Giraldo.

Aos servidores do Aggeu, pela disponibilidade, Nalva, Valéria, Adagilson, Rivaldete, Semente.

À minha família de origem que, apesar da distância, continua sendo minha referência no mundo: Mamãe, Papai, Fernando, Carla e Tia Sinete.

À minha família adotiva, pela ajuda decisiva na lida com meus filhos e pela torcida por mim: Blandina, Luiz Antonio, Breno, Tiago e Lena.

Aos meus amores, que são o que há de melhor e mais bonito na minha vida: Bernadete, Luiza, Caio, Laura e a que vai chegar em junho.

À minha companheira de vida e de lutas, referência em caráter e na busca por um mundo melhor e mais justo: Bernadete Perez.

"Quando se confundem cidadão e consumidor, a educação, a moradia, a saúde, o lazer aparecem como conquistas pessoais e não como direitos sociais. Até mesmo a política passa a ser uma função do consumo. Essa segunda natureza vai tomando lugar sempre maior em cada indivíduo, o lugar do cidadão vai ficando menor, e até mesmo a vontade de se tornar cidadão por inteiro se reduz."

"Não existe um espaço global, mas, apenas, espaços da globalização. (...) O Mundo, porém, é apenas um conjunto de possibilidades, cuja efetivação depende das oportunidades oferecidas pelos lugares. (...) Mas o território termina por ser a grande mediação entre o Mundo e a sociedade nacional e local, já que, em sua funcionalização, o 'Mundo' necessita da mediação dos lugares, segundo as virtualidades destes para usos específicos. Num dado momento, o 'Mundo' escolhe alguns lugares e rejeita outros e, nesse movimento, modifica o conjunto dos lugares, o espaço como um todo. É o lugar que oferece ao movimento do mundo a possibilidade de sua realização mais eficaz. Para se tornar espaço, o Mundo depende das virtualidades do Lugar."

- Milton Santos

RESUMO

OLIVEIRA, Tiago Feitosa. O potencial articulador da regulação do acesso à assistência à saúde. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

A sustentabilidade e legitimidade do SUS dependem do enfrentamento de obstáculos políticos, de gestão e de reorganização da rede de atenção à saúde. A fragmentação e desarticulação das ações e serviços tem prejudicado a efetividade do sistema, pois possibilita um acesso desordenado a serviços especializados, sobrecarregando-os e dificultando a continuidade da assistência iniciada na atenção básica. O desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação, no âmbito do sistema de saúde, buscando a integração entre serviços e eliminando barreiras de acesso entre os chamados níveis de atenção se faz necessário, principalmente com o objetivo de favorecer a integralidade da assistência prestada. A presente pesquisa estudou a experiência no município do Recife, entre os anos de 2009 e 2011, buscando apresentar um conjunto de questões que dizem respeito à Regulação do Acesso à Assistência à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso procuramos recolocar a Atenção Básica como coordenadora de uma Rede, que se utiliza de arranjos e dispositivos que facilitam o acesso a ações e serviços, com o objetivo de oferecer uma assistência integral às pessoas. A metodologia utilizada foi de uma pesquisa qualitativa, através de um estudo de caso, em que utilizamos de técnicas de coleta de dados como o diário de campo, análise documental e entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores e gestores do município. Os resultados compõem uma narrativa e apontam para a necessidade de ampliação do conceito de Regulação do Acesso e seu instrumentos, para além das Centrais de Regulação, considerando que esse processo se inicia no acesso à atenção básica de saúde e passa pela relação entre serviços de saúde articulados em rede, necessitando, para isso, de mecanismos de interação entre equipes de diferentes unidades de saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Regulação da assistência à saúde; Redes de atenção à saúde; Integralidade.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Tiago Feitosa. The coordinating potential of the regulation of access to health care. 2014. Thesis (Doctoral studies in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brazil, 2014.

The sustainability and legitimacy of the Brazilian public healthcare system depend on facing political and administrative obstacles as well as the reorganization of the healthcare network. The fragmentation of actions and services has impaired the effectiveness of the system by allowing disorderly access to specialized services, which overloads these services and hinders the continuity of the care initiated in the primary healthcare system. The development of mechanisms of cooperation and coordination is needed to enhance integration among different services and eliminate barriers to access among the different levels of care. The present study describes the experience in the city of Recife between 2009 and 2011 and raises a number of issues regarding the Regulation of Access to Health Care in the Brazilian public healthcare system. We have sought to place primary care back into the center of a network, which uses devices that facilitate access to actions and services with the aim of offering integral care. A qualitative study was carried out in the form of a case study involving participating observation, documental analysis and semi-structured interviews with healthcare workers and city administrators. The findings indicate a need to broaden the concept of the regulation of access and its instruments beyond the Regulation Centers, considering that this process begins with access to primary health care and passes through the relations between services connected in a network. For such, mechanisms of interaction among teams at different health units are needed.

Key words: Brazilian Public Healthcare System; Regulation of health care; Healthcare networks; Integrality.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 O “ACONTECER SOLIDÁRIO”: A REGULAÇÃO DO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE, ARTICULADOS EM REDE	17
2.1 O “acontecer solidário”	17
2.2 Integralidade como objetivo da Regulação do Acesso à Assistência à Saúde	18
2.3 A Atenção Básica para resolver problemas de saúde e ser via de acesso preferencial à Rede de Atenção	21
2.4 O Acolhimento com avaliação de risco/vulnerabilidade como dispositivo de Regulação do Acesso ao nível local e de interação com a Rede de Atenção	25
2.5 O Apoio Especializado Matricial como dispositivo de Regulação do Acesso e qualificação da assistência na Atenção Básica e nos/dos serviços especializados, ambulatoriais e hospitalares	28
2.6 As Redes de Atenção à Saúde como aposta para integrar os serviços e facilitar o acesso à assistência no SUS	32
2.7 A Regulação do Acesso à Assistência à Saúde como interlocutora entre demanda/necessidade da população e a oferta conectada em rede	38
3 SITUANDO O ESTUDO NO CAMPO DA PESQUISA QUALITATIVA E REVELANDO O INSTRUMENTAL UTILIZADO	46
3.1 O Estudo de Caso como estratégia da pesquisa	46
3.2 Investigando a ação	49
3.3 As implicações	50
3.4 Os instrumentos de pesquisa	53
3.4.1 Análise documental e diário de campo	54
3.4.2 Entrevistas semi-estruturadas	55
3.5 Análise, categorização, interpretação e apresentação dos resultados	56
3.6 A narrativa para apresentar os resultados e fazer a discussão	59
3.7 Considerações éticas	60
3.8 Recife: o cenário da pesquisa	60

4 RECIFE: ENTRE A TRADIÇÃO E A MUDANÇA	67
4.1 O ponto de partida para a mudança	67
4.1.1 Na Atenção Básica	73
4.1.2 Na Atenção Especializada	74
4.1.3 Na Atenção Hospitalar	74
4.1.4 Como Diretrizes Gerais	75
4.1.5 Como diretrizes gerais para a rede	76
4.2 A análise documental	77
4.2.1 As cartilhas, orientações à rede e planilhas de monitoramento	80
4.2.1.1 <i>Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidade</i>	80
4.2.1.2 <i>Apoio Especializado Matricial</i>	82
4.2.1.3 <i>Centrais de Regulação</i>	83
4.3 O diálogo com os sujeitos da pesquisa	87
4.3.1 Acolhimento	88
4.3.2 Apoio Matricial	95
4.3.3 Centrais de Regulação	96
4.3.4 Outras Impressões	97
5 A REGULAÇÃO DO ACESSO COMPONDO OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE UMA ARTICILAÇÃO EM POTENCIAL	101
5.1 Modelos como arranjos variáveis de recursos para incrementar a produção de saúde	101
5.2 Modelo coordenado pela APS versus centralidade em UPA's	104
5.3 Entre o círculo e a anti-rede de atenção à saúde	107
6 À BUSCA DE CONCLUSÃO	111
REFERÊNCIAS	114
APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas	120
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	121

1 INTRODUÇÃO

A regulação, enquanto ação social pode ser conceituada como um conjunto de ações, 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, quanto as ações que asseguram o cumprimento destas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2006). Ela também pode ser entendida como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução e podendo ser feita através de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é a opção brasileira de sistema nacional de saúde, tendo caráter universal e solidário, no sentido que tem entre seus princípios: a integralidade da atenção e a diminuição das iniquidades de acesso aos serviços de saúde. O SUS amplia as ações do estado, tendo na primeira década de sua implantação convivido com o avanço do chamado neoliberalismo, como definiu Campos (1992):

“há uma contradição central no processo de reforma sanitária brasileira, que vem se contrapondo ao movimento de inspiração neoliberal dos anos noventa”.

A sustentabilidade e legitimidade do SUS dependem do enfrentamento de obstáculos políticos, de gestão e de reorganização da rede de atenção à saúde. A fragmentação e a desarticulação da oferta de ações e serviços têm prejudicado a efetividade e a eficiência do sistema, pois possibilita um acesso desordenado a serviços especializados, sobrecarregando-os e dificultando a continuidade do cuidado iniciado na atenção básica. De acordo com Giovanella (2002) nem todos os princípios orientadores do Sistema Único de Saúde ainda são realidade no cotidiano da atenção, destacando-se a integralidade como o mais ausente até aqui.

Desde a década de 1980, o setor saúde no Brasil vem vivenciando grandes mudanças, fruto da redemocratização do país que trouxe à tona o Movimento de Reforma Sanitária e se evidenciou na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e na Assembleia Nacional Constituinte, desaguando na constituição de 1988. Na chamada “Constituição Cidadã”, a saúde no Brasil passa a ser direito de todos e dever do estado, e sua garantia se daria através de políticas sociais e econômicas

que visem a redução do risco de adoecer e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 2004).

Além disso, consagrou também, através do artigo 197, que cabe ao poder público dispor sobre a regulamentação, fiscalização e controle, visto que as ações e os serviços de saúde têm relevância pública, deixando claro que o papel de regulação do sistema de saúde pertence exclusivamente ao setor estatal. Esta determinação foi reforçada pela lei orgânica da saúde de 1990, que estabelece que “a definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde” é atribuição comum da união, estados e municípios (BRASIL, 1990).

Apesar da importância destas definições legais e normativas em relação à regulação do setor saúde no Brasil, o grande desafio tem sido a transformação delas em práticas regulatórias efetivas. O SUS herda do INAMPS a cultura do chamado “controle e avaliação”, que consistia na autorização de procedimentos e sua remuneração através de tabela com valores a serem praticados em todo o território nacional, também recebe de herança o pouco acúmulo na garantia do acesso e no funcionamento em rede.

O primeiro instrumento formal do SUS a usar o termo “regulação assistencial” foi a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2002, que fez exigências a estados e municípios tanto para organização dos fluxos de referência e contra-referência, quanto para implantação de instrumentos e estratégias que intermediassem o acesso dos usuários aos serviços e veio em substituição às proposições esparsas, de implantação das centrais de controle de leitos, consultas e exames, vindas desde a Norma Operacional Básica em 1993.

A NOAS define a regulação assistencial 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). Tais diretrizes delimitam de forma clara a inclusão da regulação do acesso dos usuários aos serviços assistenciais do SUS.

A regulação no sentido de estabelecer regras, normatizações e critérios para utilização dos serviços de saúde pelos usuários e para a rede de atenção está, como descrito acima, presente desde os primórdios do sistema de saúde brasileiro. Em

2006 toma corpo como área do campo da gestão do SUS, com o Pacto pela Saúde, trazendo a ideia de regulação, do apoio matricial e das linhas de cuidado como alternativas para articular gestão do sistema e a produção da assistência. Em 2008, isto se consolida com a publicação da portaria ministerial que institui a Política Nacional de Regulação em Saúde.

Segundo Fagundes et al. (2000), pode-se afirmar que não existem espaços não regulados, incluindo o sistema de saúde. De acordo com estes autores as várias “regulações” e seus sentidos coexistem e tencionam permanentemente entre si. Eles citam quatro tipos de regulação: a privada representada pela atuação das forças do mercado no sistema; a tecnocrática derivada do olhar estritamente técnico das equipes; a corporativa na qual se tenciona para obter ganhos para os pares; e a social, de caráter público trilhado pela Reforma Sanitária Brasileira tentando dar sentido à saúde como direito e reorientando a organização do sistema.

A portaria que institui a Política Nacional de Regulação no âmbito do SUS classifica a regulação em saúde em três dimensões de atuação:

- a) Regulação dos Sistemas de Saúde;
- b) Regulação da Atenção à Saúde;
- c) Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial.

A Regulação dos Sistemas de Saúde, dirigida às três esferas de governo, executa ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância. Contempla todas as ações de saúde, de prestadores de serviços públicos e privados, compreendendo desde o cadastro do estabelecimento, passando pela contratação de metas físicas e financeiras; o exercício das profissões de saúde; a produção, a venda, a incorporação e o uso de insumos, medicamentos e outras tecnologias de interesse da saúde; condições ambientais e de trabalho relativas à situação de saúde dos indivíduos e coletividade. A dimensão da Regulação da Atenção à Saúde tem como objetivo, a adequada prestação de serviços à população, garantindo a prestação final da assistência à população. A dimensão Regulação do Acesso tem como objeto a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. É efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão (BRASIL, 2008).

[...] a regulação assistencial consiste em oferecer a melhor opção de atenção possível para determinada demanda. Trata, então, de organizar e garantir o acesso dos usuários e suas demandas aos vários serviços ofertados pelo sistema de atenção. Ao mesmo tempo em que Oliveira e Elias (2011), classificam a definição do Ministério da Saúde como uma imprecisão conceitual, pois confunde âmbito de ação da regulação (assistência à saúde, sistema de saúde) com modos de regulação (MAGALHÃES Jr., 2006, p. 21).

Essa pesquisa utiliza o termo Regulação do Acesso à Assistência a Saúde, ou simplesmente Regulação do Acesso, e define-a de forma ampliada, sendo entendido como: o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações, dirigidas a serviços públicos e/ou privados, gerentes e profissionais de saúde, para ordenar, orientar, definir e intermediar a demanda e o acesso dos usuários aos serviços de saúde a partir de suas necessidades. Tem como objetivo geral a mudança na produção da assistência à saúde, com integração em rede dos recursos disponíveis no sistema, por meio de fluxos capazes de garantir o acesso seguro e oportuno às tecnologias necessárias; promoção do princípio da equidade e da integralidade do cuidado, otimizando os recursos existentes e garantindo a qualidade da atenção com resolutividade e satisfação do usuário.

Entende-se que os objetivos específicos da Regulação do Acesso são:

- a) Garantir o acesso dos usuários encaminhados da atenção básica para outros pontos da rede;
- b) Estabelecer, junto com o serviço demandante, classificação da necessidade clínica dos usuários, com nível de prioridade;
- c) Esgotar todas as alternativas propedêuticas e terapêuticas em cada ponto de atenção da rede de serviços de saúde;
- d) Estabelecer fluxos pactuados com a rede para encaminhamentos e apoio matricial;
- e) Garantir acesso do usuário à tecnologia adequada no momento oportuno, iniciando-se pela entrada qualificada na atenção básica.

Os instrumentos para regulação do acesso aos serviços de saúde, devem partir de uma atenção básica resolutiva, com definição e pactuação dos fluxos de acesso através de protocolos operacionais da rede de serviços e protocolos de acesso e classificação de risco/vulnerabilidade (BELO HORIZONTE, 2008).

Já a operacionalização da Regulação do Acesso se dá por meio de:

- a) **Acolhimento** a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, utilizando-se de sistema informatizado para classificação de risco/vulnerabilidade dos casos;
- b) **Marcação** de consultas, exames e procedimentos **em nível local**, através de sistema informatizado de agenda local;
- c) **Canais de comunicação permanente com os usuários**, através de murais de publicização das agendas locais, ouvidoria, entre outros;
- d) **Central de regulação** ou de marcação dos serviços especializados, para encaminhamentos à rede especializada.
- e) **Apoio Especializado Matricial** dos serviços especializados para com a atenção básica.

Temos verificado que a organização da rede de serviços conforme o custo dos procedimentos, com estrutura piramidal e dividida por níveis de acesso, ainda é hegemônica no SUS. Este desenho reforça a separação, minimizando a importância da atenção básica na sua complexidade e como coordenadora do acesso aos serviços especializados. Com isso faz-se necessário perseguir a integralidade da atenção, considerando uma rede de serviços, com perfis de oferta complementares entre si e com a atenção básica.

A transição demográfica em que vem passando o Brasil nas últimas décadas, com aumento da esperança de vida ao nascer, tem como consequência o aumento da importância das doenças crônicas e reforça a necessidade de uma rede de serviços que se articule a partir da atenção básica, para que ao longo do tempo se possa acompanhar e se responsabilizar pelos usuários adscritos de determinado território. Esses agravos requerem convivência prolongada com os profissionais de saúde e apontam para a necessidade de projetos terapêuticos que favoreçam a ampliação ou manutenção da autonomia dos sujeitos. Faz-se necessário migrar, portanto de um sistema fragmentado para uma rede integrada de atenção à saúde.

A reorganização de um modelo de atenção que se apoie em critérios claros de eficácia, capacidade de produzir saúde e evitar danos, eficiência, responsabilização, vínculo e inclusão dos sujeitos envolvidos tem sido uma estratégia para sustentabilidade e legitimidade do sistema de saúde. Para tanto, além de o usuário ocupar um novo papel na produção da saúde, são indispensáveis

arranjos e dispositivos que propiciem a continuidade da atenção e que favoreçam a integralidade da assistência.

Ao adotar um conceito ampliado de regulação do acesso à assistência à saúde, tratamos dos elementos de funcionamento que permeiam a relação das demandas e necessidades da população com as ofertas do sistema de saúde. Essa regulação agrega vários componentes, tais como: fluxos assistenciais, rede de serviços, agendamento local, centrais de regulação, acolhimento, apoio matricial, entre outros. Entendendo que os mecanismos da regulação operam cotidianamente em todos os espaços assistenciais e com todos os trabalhadores de saúde participando e operando o acesso de alguma forma (MAGALHÃES Jr., 2006).

Neste cenário, a regulação do acesso à assistência à saúde surge como um dispositivo potencialmente articulador da rede de serviços, organizando o acesso às unidades especializadas a partir da atenção básica, singularizando as demandas e dando transparência à utilização do recurso público, buscando com isso apoiar o que Campos (2003) definiu como tríplice finalidade: a produção de saúde para os usuários, a reprodução dos trabalhadores e o sentido de obra e a própria reprodução da organização que se está inserido. Essa compreensão nos convida a pensar a política e a gestão também como uma ciência e uma arte da formação de compromisso entre sujeitos com interesses, desejos, vontades e valores diversos.

É nesse contexto que surge o nosso interesse pelo tema do acesso a ações e serviços de saúde. Mas é na experiência entre o início do ano de 2009 e final de 2011, como Assessor Executivo de Saúde do município do Recife, que foi encontrada a inspiração para estudar esta temática, considerando uma experiência vivida. Assim, a pesquisa é conduzida por um sujeito implicado, que aproveita a convivência com o objeto estudado para construir um saber militante (MERHY, 2006).

Junto com tudo isso, procurou-se evidenciar possibilidades e limites no contexto enfrentado pelo município para implementação de processos de mudança através de diretrizes de acesso à saúde. Foi utilizada a estratégia de um estudo de caso, numa pesquisa qualitativa e que teve como objetivo geral analisar o papel da Regulação do Acesso à Assistência à Saúde na formação de Redes de Atenção à Saúde no município do Recife em Pernambuco, entre os anos 2009 e 2011.

A pesquisa tem como objetivos específicos:

- a) Analisar como a Regulação do Acesso à Assistência à Saúde aparece nas proposições do modelo de atenção no Recife;
- b) Descrever e analisar o desenho de rede de saúde do território do município de Recife e sua relação com o processo de regulação do acesso;
- c) Verificar como dispositivos de acesso à rede de atenção entre eles Acolhimento com Classificação de Risco/Vulnerabilidade, Apoio Matricial e Centrais de Regulação contribuem para melhoria da assistência à saúde;
- d) Analisar quais mudanças no acesso aos serviços da rede de atenção do SUS no município são percebidas por trabalhadores e gestores;
- e) Verificar os limites e possibilidades da Regulação do Acesso à Assistência à Saúde no sentido de favorecer a integração dos serviços em rede, promovendo integralidade na atenção.

A presente pesquisa estudou a experiência no município do Recife, buscando discutir um conjunto de questões que dizem respeito à Regulação do Acesso à Assistência no Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, procuramos recolocar a Atenção Básica em Saúde (ABS) coordenadora de uma Rede, que se utiliza de dispositivos que facilitam o acesso a ações e serviços, com o objetivo de oferecer uma assistência integral às pessoas.

2 O “ACONTECER SOLIDÁRIO”: A REGULAÇÃO DO ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE, ARTICULADOS EM REDE

2.1 O “Acontecer Solidário”

Utilizamos no título deste capítulo, uma expressão formulada por Santos (1996), a partir da retomada de dois conceitos da geografia: o conceito de território e o conceito de lugar. Ele chama atenção para o funcionamento do território, através de horizontalidades, como sendo lugares vizinhos, reunidos por uma continuidade territorial; e verticalidades, formada por pontos, ligados por todas as formas e processos sociais.

O comando, a disciplina, a norma e a imposição da racionalidade às redes se dá, em nossa sociedade através do mercado, que atravessa tudo, inclusive a consciência das pessoas. A globalização, tem como um de seus braços a democracia de mercado, mercado das ideias, da ciência, da informação; mercado das coisas, da natureza; mercado político. Tudo isso competindo com a possibilidade de afirmação das formas de viver, cuja solidariedade é baseada na contiguidade, na vizinhança solidária, isto é, no território compartilhado (SANTOS, 1996).

Nessa democracia de mercado, o território é suporte de redes que transportam regras e normas utilitárias e hegemônicas, que seriam as verticalidades. No entanto é também a arena, onde a oposição entre mercado e sociedade civil se expressa em suas diferentes dimensões e escalas. Quando falamos em atendimento integral na saúde e em rede com a atenção básica para garantir assistência e solidariedade, estamos também fazendo um contraponto à tendência atual que é de lugares que se unem verticalmente.

Fazer do território um lugar, como espaço da existência e da coexistência, portanto da resistência aos processos perversos do mundo, dada a possibilidade real e efetiva da comunicação, da troca de informação e da construção política, é um desafio que devemos também transpor para o campo da saúde.

Assim, para Santos (1996), o lugar é o espaço do acontecer solidário. Solidariedades estas, que geram valores e pressupõem a coexistência no espaço geográfico. Queremos aqui incluir a saúde na construção de novas horizontalidades que permitirão, a partir da base territorial representada pela atenção básica em

saúde, nos aproximar da construção de relações em rede, que sejam capaz de restaurar o homem e sua dignidade.

Apresenta-se aqui o diálogo com o **referencial teórico** que subsidia a análise do papel da Regulação do Acesso à Assistência à Saúde na formação de Redes de Atenção, objetivando a assistência integral. Para isso abordamos o conceito de integralidade e sua importância como objetivo da regulação do acesso; a Atenção Básica à Saúde e seu papel como coordenadora do acesso à rede assistencial; os arranjos e dispositivos propostos pelo município do Recife, como Acolhimento, Apoio Especializado Matricial e finalmente um dispositivo operacional da Regulação do Acesso aos serviços especializados, que são as Centrais de Regulação.

2.2 Integralidade como objetivo da Regulação da Assistência à Saúde

A preocupação com a fragmentação na atenção à saúde não é recente. Iniciativas de expansão no acesso e na redução da segmentação entre serviços assistenciais e da fragmentação da assistência à saúde podem ser identificados, por exemplo, no informe Dawson, publicado na Inglaterra em 1920, como veremos mais adiante.

Em 2008, a Organização Pan-Americana da Saúde destacava as seguintes causas para a fragmentação: a segmentação do sistema de saúde; a descentralização que fragmenta os níveis de atenção; o predomínio de programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas; a separação dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção às pessoas; o modelo de atenção centrado na enfermidade, nos casos agudos e com ênfase na atenção hospitalar; as debilidades na coordenação pela autoridade sanitária; insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis e culturas organizacionais contrárias à integração (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2008).

Parece ser ponto pacífico, entre os que estudam a oferta de serviços especializados do SUS, que ela é insuficiente, porém isso convive com a falta de critérios públicos de acesso, que contemplem o perfil e a priorização de acordo com a gravidade das situações, no acesso aos serviços existentes. O não estabelecimento de critérios para o acesso, deixa margem para a seletividade imposta pelos serviços especializados, que passam a selecionar mediante seus

próprios interesses, acarretando importantes lacunas na assistência e falta de garantia da continuidade do acompanhamento em saúde.

O desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação, no âmbito do sistema de saúde, buscando a garantia do acesso, integração entre serviços e eliminando barreiras entre os chamados níveis de atenção, se faz necessário, principalmente com o objetivo de otimizar o uso do que é ofertado e favorecer a integralidade. É bom levar em conta, que estamos falando de algo em potencial, pois o excesso de regras para o acesso, pode ter o efeito inverso, dificultando o compartilhamento de casos e a responsabilização para com a continuidade da assistência.

O conceito de integralidade vem sendo tratado por diversos autores, trazendo com isso uma diversidade de compreensão, destacamos algumas:

- a) Para Magalhães Jr. (2006), do ponto de vista individual, a integralidade seria a abordagem das pessoas em seu todo, não fragmentando a atenção em aparelhos, órgãos ou patologias, incorporando também um olhar sobre as questões que dizem respeito aos aspectos da subjetividade e do contexto social, ou seja, não só a integralidade do corpo, mas do sujeito;
- b) Pode-se entender integralidade como acesso às técnicas de diagnóstico e tratamento necessárias a cada caso, articulando a partir da atenção básica os meios de diagnóstico e atenção especializada necessários para garantir a ampliação de acesso ao sistema de saúde e a resolubilidade da atenção, tomada como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas;
- c) Mattos (2004), parte do ponto de vista da “integralidade horizontal”, como sendo o conjunto de serviços de saúde, como rede articulada, que facilite o caminhar do usuário a partir do ordenamento das equipes locais de saúde.

Vários são os possíveis sentidos de integralidade. Primeiro a integralidade pode ter sentido vertical, com a busca do olhar integral sobre o usuário, em todas as suas necessidades, algumas delas expressas em demandas objetivas e perceptíveis; é a visão holística a ser buscada em cada contato do usuário com o sistema de saúde. O segundo sentido é a chamada integralidade horizontal, que dá

base ao pensamento de implementação de redes, garantindo a possibilidade de ter uma sequência de pontos de atenção que caminham rumo à produção da assistência integral. Finalmente vem a integralidade construída a partir da interação entre diferentes políticas sociais, sinônimo de intersectorialidade, dando corpo a questões relacionadas à promoção da saúde e a prevenção de agravos.

Ayres (2011), por sua vez, identifica um duplo interesse que seria, além da demanda por uma atenção integral à saúde, a necessidade de humanização das práticas, para responder a tal demanda. Aponta que, embora muitas vezes tratadas de forma independente, essas duas ordens de motivações, simultaneamente práticas e instrumentais, acabam por se confundir nas soluções que apontam. O desafio seria tornar integral e humanizada a atenção à saúde por movimentos para fazer aparecer sujeitos onde antes havia apenas objetos, de promover diálogo onde antes só havia monólogos dirigidos e prescrições, de integrar em totalidades de sentido o que estava disperso em fragmentos objetivos.

Não se pode promover integralidade sem humanização, uma vez que a identificação do leque de ações de atenção à saúde e a definição da adequada oportunidade e forma de oferecê-las, norte da integralidade, depende da ativa participação dos destinatários das ações, na plenitude das suas prerrogativas como ser humano e cidadão (AYRES, 2011, p.28).

A integralidade teria um eixo das finalidades, que buscaria a integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e recuperação da saúde e reinserção social, com o sentido predominante de não segmentar as ações e criar sinergismo que otimizem o seu desenvolvimento. Outro eixo seria o das articulações, que refere-se à composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersectoriais, com o propósito de criar condições para fornecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada.

Campos (2003), vai na linha da mudança por dentro dos serviços, afirmando ser necessário a reforma da clínica, assentada em um deslocamento da ênfase na doença para a ênfase no sujeito com alguma enfermidade; seria a Clínica do Sujeito. Com isso, convida a refletir sobre o papel da integralidade humana, referindo-se a humanidade no sentido de incluir também distúrbios, sofrimentos, dores, risco de doenças e morte, condições de vida. O desafio seria considerar o sujeito sem desconsiderar a doença e migrar, não substituir, para uma Clínica ampliada e

reformulada. Isso seria feito superando a alienação e a fragmentação, incluindo os sujeitos com suas vontades, desejos e entendimentos, construindo vínculos entre a equipe e sua clientela. Isso seria operado, articulando a organização dos serviços de saúde, no formato de Equipes de Referência, ao Apoio Especializado Matricial da rede de saúde e abordando as situações concretas através de Projetos Terapêuticos Singulares.

Para se perseguir a integralidade deve-se buscar a integração das tecnologias de atenção e de gestão, que garanta não só o acesso aos diferentes serviços do sistema de saúde, mas também a adoção de estratégias potentes para implementar uma nova prática nos serviços. Devemos levar em conta a necessidade de construção de uma rede de apoio à atenção básica, bem como de desenvolver uma integração dos serviços, incluindo outros setores do poder público e da sociedade, para que colaborem na constituição de Projetos Terapêuticos Singulares, que considerem o sujeito, a família e o contexto.

2.3 A Atenção Básica para resolver problemas de saúde e ser via de acesso preferencial à Rede de Atenção

Em 1920, quando apresentado ao Ministério da Saúde da Grã Bretanha, o Informe Dawson, apontava a necessidade de disponibilizar os avanços da medicina para todos os cidadãos. Como saída para isso sugeria a introdução de médicos generalistas, tendo em sua esfera a função da medicina preventiva e curativa, devendo abarcar tanto o indivíduo como a comunidade. Aponta a necessidade de centros de atenção primária, para atender moradores de uma determinada região, que seriam compostos de médicos e enfermeiros e contariam com especialistas visitantes. Também fala da necessidade de ter centros secundários e hospitais, interligados com os centros primários (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1964).

O modelo de atenção proposto, passa pela liberdade de ação do médico e do paciente, calcado numa aproximação entre os dois e seus apontamentos vão no sentido de que o vínculo é fundamental na sua proposta de atenção primária. Nesse sentido, recomenda liberdade para que o usuário escolha seu médico e pede que esses serviços sejam gratuitos.

A autora e pesquisadora Bárbara Starfield definiu atenção básica ou atenção primária em saúde como:

Aquele nível de um sistema de saúde, que funciona como porta de entrada, atendendo a todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não apenas direcionado para a enfermidade), ao longo do tempo, fornecendo atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros níveis de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas são exclusivas da atenção primária. Aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação... Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde... É ela que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002, p.19).

Atenção primária e atenção básica são expressões, utilizadas no Brasil como sinônimos, que se referem à base de um sistema, onde se oferta um conjunto de serviços e ações capazes de intervir positivamente sobre a maioria das necessidades de saúde de uma determinada população, constituindo-se para ela no seu primeiro e preferencial contato com o sistema de saúde. Este nível de assistência tem sido considerado o local preferencial, de onde se estabeleceriam relações com a atenção especializada ambulatorial e hospitalar.

A descrição de clientela é fundamental para favorecer o vínculo entre profissionais e equipes de saúde, pois possibilitam o convívio das pessoas/famílias e os profissionais de sua equipe de referência, responsáveis por um determinado território geográfico. Uma medida fundamental, para orientar o acesso, é a identificação individual das pessoas, permitindo um melhor conhecimento das famílias e das condições clínicas dos usuários, devendo ocorrer através de seu cadastramento por meio da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Com o estabelecimento de equipe e profissionais de referência, eles passam a ter a responsabilidade pela coordenação e condução de um caso individual, familiar ou comunitário. Isso traz a possibilidade de encarregar-se da atenção ao longo do tempo, de maneira longitudinal, como preconizado para as equipes de saúde da família.

A atenção básica, contudo, foi “assimilada” de forma diferente em vários países, inclusive no Brasil. A ideia de primário e básico foi compreendida, muitas vezes, como correlato ao simples, à noção de menor complexidade (CAMPOS; GUERRERO, 2008). Assim, ao invés de pensar a atenção básica como “base”, fundada no território, o “fundamento” do sistema de saúde, foi compreendida como

um lugar sem muita importância, ou simplesmente como um “nível de assistência”. Testa (1992) definiu esta concepção reduzida de atenção primária como atenção “primitiva” de saúde, pois entre outros, impede que se desenvolvam sistemas integrados, com garantia de acesso integral à assistência.

Todavia o entendimento reduzido de atenção básica não se dá por equívoco de interpretação, senão serve e se articula com grande funcionalidade à lógica de sistemas segmentados de assistência, como hegemonicamente ainda é o caso brasileiro. A tradição brasileira de organização de sistema e práticas de saúde tem grande influência, sobretudo a partir da década de 1950, da experiência norte-americana, que se baseia no preconizado no Relatório Flexner: especialismo, foco na doença, uso intensivo de insumos, ação sobre o indivíduo. Este modelo favorece claramente os que defendem uma concepção minimalista de política pública e uma visão restrita do processo saúde-doença, tudo isso calcado em interesses mercantis, relacionados à indústria farmacêutica e de insumos, prestadores privados, seguradoras e planos de saúde (PASCHE, 2010).

Romper com o modelo de atenção hegemônico, centrado em procedimentos e organizar a assistência a partir de necessidades e demandas de usuários e trabalhadores é um grande desafio. Vários movimentos são apresentados nessa direção, um deles é o que se denomina Gestão da Clínica, fortemente inspirado na experiência americana da Atenção Gerenciada e na inglesa da Governança Clínica. Revela-se como uma tentativa de, através de diretrizes clínicas, via linhas-guias e protocolos clínicos, aumentar a eficiência dos serviços e diminuir riscos para usuários e profissionais (MENDES, 2012).

Os protocolos, o quanto diretrizes que orientam condutas, baseados em evidências científicas e disponibilidade de recursos, são importantes, mas não devem borrar o espaço de invenção a cada caso, a artesanaria necessária à singularidade dos sujeitos. O estabelecimento de protocolos clínicos ou de acesso, tem sido motivados pelo não acesso, ou seja, pela necessidade de restringir acesso a recursos escassos e muitas vezes são baseados nos interesses dos serviços especializados, não tendo legitimidade na atenção básica, portanto pouco considerados no cotidiano da clínica.

Um movimento vigoroso, que tem tido muito eco nos que fazem a atenção primária é o da Clínica Ampliada, que se propõe a compartilhar responsabilidades, valorizando os aspectos subjetivos e de contexto, sendo mais adequada diante da

complexidade presente no trabalho em saúde. Nesse caso é dada ênfase à participação do paciente como sujeito e dono de sua própria vida, em contato frequente com o sujeito trabalhador, tendo dispositivos facilitadores desse processo como: acolhimento, projeto terapêutico singular, gestão coletiva, compartilhamento de diagnósticos e condutas, dando vazão à singularidade dos casos e situações. Fica claro, no entanto, que não se trata de um movimento anti-protocolo, mas para além deles, incluindo modos de fazer que vão no sentido de defender a vida.

A afirmação corriqueira de que a atenção básica é capaz de resolver 80% dos problemas de saúde de uma população (STARFIELD, 2002), revela a necessidade de uma alta capacidade de resposta para o funcionamento das redes de atenção à saúde, pois é ela quem identifica as situações que necessitam de atendimento especializado. Mas esta capacidade depende do desempenho dos serviços diretamente associados a ela nessa rede. Portanto nos parece um tanto reducionista, creditar o sucesso ou insucesso do funcionamento de pontos da rede à atenção básica. A avaliação de desempenho do sistema deve acontecer também em rede, considerando as idas e vindas das pessoas concretas para resolver seus problemas de saúde, inclusive considerando os meios para garantir o acesso preciso aos serviços especializados disponíveis.

Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e a ampliação da cobertura de atenção básica, com o conseqüente aumento do acesso à porta de entrada do sistema, tornou-se mais evidente a dificuldade para obter acesso à atenção especializada, seja em relação a consultas, seja a exames e intervenções terapêuticas, fruto da oferta insuficiente e da desorganização do acesso à oferta existente. Além disso: os fluxos intermunicipais e entre serviços com gestão de entes diferentes, no geral ainda carecem de pactuação e mecanismo de garantia de atendimento. Há uma nítida desconexão das equipes que compõem a atenção especializada com as da atenção básica e também é comum uma retenção dos pacientes nesta primeira, provocando dificuldades na absorção de novos casos.

As estratégias utilizadas para garantir o acesso à Atenção Primária em Saúde (APS) e para que as unidades básicas se constituam como referência e primeiro contato da população com a rede de saúde, têm variado de acordo com as realidades municipais e regionais. Podemos afirmar que, mais de 20 anos depois da criação do SUS, a estruturação da atenção básica está ainda em andamento e com grande diversidade em aspectos como: implantação, funcionamento, programas

prioritários, resolutividade clínica, acolhimento da população adscrita e acesso à rede especializada.

Segundo Campos et al. (2007), a estratégia de saúde da família deveria ser adaptada aos distintos municípios conforme sua história, recursos disponíveis e quadro epidemiológico, devendo a equipe clássica servir como parâmetro mínimo. Destaca também, que não há como fugir do desafio de integrar, mediante apoio matricial, equipes de saúde mental, de fisioterapia, de nutrição, saúde da mulher, saúde da criança e especialidades médicas que possam ajudar a equipe de saúde da família, no acompanhamento de agravos prevalentes.

Deve-se pontuar, no entanto, que o baixo financiamento do SUS no país, o gasto crescente dos municípios e a desobrigação dos entes estaduais com a atenção básica, são fatores que contribuem para o fato dela ainda não ser universal em todo o território nacional. A municipalização incompleta e crescente estadualização dos serviços especializados têm gerado barreiras ao fluxo assistencial e isso tende a se agravar com a federalização da contratação de médicos de família, diminuindo autonomia do nível local na gestão de pessoas no atendimento básico.

Lançando-se em conta um indicador, que seria quantidade de consultas para cada habitante por ano, temos no Brasil uma média de 2,5, enquanto os países da OCDE, que também têm sistemas de caráter universal, variam entre 5 a 9 consultas/paciente/ano. Portanto, torna-se evidente a necessidade de ampliação rápida do acesso, iniciando pela atenção básica, o que, em um país continental como o nosso, passa por maior autonomia do nível local e com estruturas de fomento interfederativas, que ultrapasse a diversidade de interesses e prioridades dos entes, em função de uma política de estado (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2008).

2.4 O Acolhimento com Avaliação de Risco/Vulnerabilidade como dispositivo de Regulação do Acesso ao nível local e de interação com a Rede de Atenção

A forma como os serviços que compõem a atenção básica, se organizam para atender a demanda é fundamental para modular o acesso da população às ações e serviços de saúde. A utilização de dispositivos como o Acolhimento com

Classificação de Risco/Vulnerabilidade, de modo a promover a ampliação e qualificação do acesso ao sistema, tem se revelado potente na reorganização do processo de trabalho das equipes. Trata-se da recepção e escuta do usuário, procurando identificar quais recursos do sistema ou quais pontos da rede de atenção poderiam ser utilizados para melhor equacionar suas demandas. Um efeito visível, onde se priorizou a implantação deste dispositivo, foi a eliminação ou redução das filas, organização do atendimento e a ampliação da capacidade de resolver problemas por parte da equipe local (COELHO, 2008; COELHO; COUTO, 2009).

O conceito de Acolhimento é amplo e exige mudança de postura em todo o sistema de saúde para receber os usuários dos serviços e responsabilizar-se de modo integral por eles. Campos (2003), definiu: “acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela”. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento de cada um, sem abrir mão de pôr os limites necessários. Este conceito se traduz na prática através da garantia de acesso qualificado, desde a recepção do serviço de saúde (ANDRADE et al., 2006).

O mesmo Campos (2007), recomenda que a recepção dos serviços de saúde deveria ser técnica e não administrativa, avaliando os casos que chegam, durante todo o período de funcionamento e usando como principal critério de priorização no acesso a gravidade e o sofrimento, minimizando a importância da ordem de chegada. Ele também definiu como “tarefas do acolhimento”, resolver os casos conforme a capacidade do técnico e do serviço, encaminhar os examinados conforme gravidade e disponibilidade para atendimento na própria Unidade Básica de Saúde (UBS), no Pronto-Socorro ou em serviço de referência, responsabilizando-se pelo sucesso do encaminhamento.

Segundo a Secretaria de Saúde do Recife (2011):

O acolhimento é um modo de organizar o trabalho das equipes de forma a atender a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos, analisando as demandas/necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários e sua rede social.

Portanto, Acolhimento não é sinônimo de triagem para consulta médica, mas o reconhecimento de que uma escuta eficaz pode criar, na atenção ao usuário, novas alternativas que prescindam da consulta médica, inclusive considerando a

possibilidade de que essa consulta se dê em outro ponto da rede. Portanto, ele é dispositivo de regulação do acesso local e, conseqüentemente, da rede de atenção.

Segundo Bueno (1997), ao relatar a implantação deste dispositivo na cidade de Betim, em Minas Gerais, o acolhimento acomoda dentro da unidade toda a demanda recebida e promove a escuta de seus problemas, avalia e faz o encaminhamento pertinente, desde simples orientações, pedidos de exames, fornecimento de medicamentos normatizados ou já prescritos, até encaminhamentos para outros setores dentro ou fora da UBS, como reidratação oral, nebulização, consultas médicas, consultas especializadas ou de urgência.

Lopes e Matos (2011), ao descrever o processo de implantação do acolhimento nas unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, levantam algumas questões relevantes:

Como garantir acesso e ao mesmo tempo qualidade e humanização do atendimento para usuários e trabalhadores? Como garantir atenção aos casos agudos e à necessidade percebida como urgente pela população e ao mesmo tempo manter a atenção programada aos usuários portadores de doenças crônicas e as ações de prevenção e promoção? (LOPES; MATOS, 2011, p.130).

Os mesmos procuram responder da seguinte forma:

Sem dúvida o aprimoramento da organização do processo de trabalho nas Unidades Básicas, modificando a relação dos serviços de saúde com a população, evitando a dependência e estimulando maior autonomia dos usuários no cuidado com a saúde, bem como o dimensionamento adequado na proporção de população sob a responsabilidade de cada equipe de saúde da família, são caminhos a serem percorridos para resposta a estas questões (LOPES; MATOS, 2011, p.135).

A proposta de garantir uma atenção primária abrangente, capaz de responder aos problemas de saúde mais frequentes, que não se restrinja ao adoecimento físico, mas que seja capaz de abordar a subjetividade presente num contexto de enfrentamento de condições de vida precárias, poucos recursos disponíveis e agenda de trabalho sobrecarregada, é fundamental para que a entrada do cidadão na rede de saúde seja qualificada e possa vir junto com a devida articulação de recursos para o enfrentamento compartilhado de seu problema de saúde.

Quando nos referirmos a serviços de urgência e emergência, o acolhimento deverá vir junto da classificação de risco, que é uma forma de organizar o acesso levando-se em conta a gravidade clínica e minimizando a importância da ordem de chegada como critério de priorização para o atendimento. Utiliza-se para esse fim

protocolos, validados internacionalmente, adaptáveis a cada realidade. Segundo Carmo et al. (2011, p.201):

Além dos benefícios para o usuário, reduzindo drasticamente o tempo de espera por atendimento dos casos mais graves, o dispositivo funciona como indutor da reorganização do processo de trabalho, o que gera resistência de corporações em algumas unidades. Contudo, traz um maior conhecimento da demanda que chega nos serviços e, de alguma forma, apesar de existirem ainda problemas, liberou os hospitais para o atendimento de casos mais complexos.

2.5 O Apoio Especializado Matricial como dispositivo de Regulação do Acesso e qualificação da assistência na Atenção Básica e nos/dos Serviços Especializados, ambulatoriais e hospitalares

Em 1992, Campos alertava que para as UBS, representadas pelos Centros de Saúde, desempenhassem seu papel, era necessário que existissem equipes de apoio, que poderiam se localizar na própria unidade ou em serviços de referência. A composição desse grupo varia conforme disponibilidade de recursos, o grau de descentralização e a prioridade de cada região. Ele se referia a: equipes de saúde mental, reabilitação, cirurgia ambulatorial, bem como de outras especialidades consideradas importantes na “elevação da capacidade de o nível local resolver problemas de saúde” (CAMPOS, 1997).

O autor citado conclui afirmando que sem a criação dessas áreas de apoio especializado não se viabilizará a estratégia de superação do hospital como centro preferencial para tratar as pessoas com problemas de saúde (CAMPOS, 1997). Para que isso ocorra, duas funções da atenção primária, primordiais para o funcionamento do sistema de saúde, têm que ocorrer, são elas: a coordenação clínica e o ordenamento do acesso aos serviços especializados. No Brasil ainda são pouco praticadas, o que dificulta a construção da integralidade na rede assistencial.

O apoio especializado matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais que tomam conta de um determinado caso, de maneira personalizada e interativa. Assim, um especialista com determinado núcleo e formação, apoia profissionais com outro núcleo de formação, objetivando aumentar a efetividade de sua ação (CUNHA; CAMPOS, 2011).

O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da personalização

da relação entre equipes de saúde e da ampliação dos cenários em que se realiza a atenção especializada. Ampliação dos cenários significa um cardápio de atividades, que podem ir desde um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, a participação em discussões de projetos terapêuticos e discussão de casos concretos, trazidos pela equipe de referência.

Seria ele uma das formas de superar o modelo de referência e contrareferência, considerado em algumas situações, insuficiente pela sua impessoalidade. Compartilhar casos singulares, implica em contato, troca de informações e esclarecimento de dúvidas. Segundo a Secretaria de Saúde de Belo Horizonte (2008), no apoio matricial, é articulada a retaguarda de especialistas em algumas áreas específicas e prioritárias de forma que se estabeleçam como referência para as equipes de saúde da família (ESF), mediante diferentes modos e estratégias: receber os casos encaminhados, mas também acolher as dúvidas de quem está encaminhando, pactuando acordos para fazer orientações por telefone, visitas programadas ao nível local, agenda de discussões clínicas, estudos de caso, caminhando inclusive para elaboração conjunta de projetos terapêuticos. Essas estratégias funcionam como mais um passo dado em direção à ampliação e consolidação de redes de atenção.

Segundo a Secretaria de Saúde de Recife (2011):

o apoio matricial é uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser vinculado à equipe de Saúde da Família ou equipe de Unidade Básica Tradicional (RECIFE, 2011, p.3).

Para seu bom funcionamento é importante que a construção de diretrizes clínicas e sanitárias se dê de comum acordo entre os componentes de uma equipe de atenção básica e os especialistas que oferecem apoio matricial, bem como a responsabilidade de cada um. Dessa forma o apoio matricial se constitui num arranjo para dar acesso à atenção especializada e ao mesmo tempo aumentar a capacidade da atenção básica resolver problemas (COELHO, 2008).

Uma equipe de apoio matricial seria composta por um ou mais profissionais de saúde, detentores de certo saber específico, que apoia uma ou mais equipes de atenção básica. Então, uma equipe da atenção básica se responsabilizaria pela atenção contínua ao usuário, sendo, para isso, apoiada por equipes de apoio matricial, até o limite de suas potencialidades técnicas e estruturais.

A operacionalização do apoio matricial, para Oliveira (2008), depende de um conjunto de condições como o número e qualificação dos profissionais disponíveis, a cultura organizacional dos gestores e trabalhadores envolvidos, a rede de serviços disponível e a organização de seus processos de trabalho. Não se pretende com esse arranjo o fim do sistema de referência e contrareferência, mas, para algumas áreas de atenção, o encaminhamento regulado ainda é pertinente, desde que seja realizado sem se perder o sentido da vinculação e da continuidade.

De forma sintética alguns autores classificam o Apoio Matricial em duas modalidades: o atendimento conjunto e a discussão de casos. O atendimento conjunto do especialista com o generalista poderá ocorrer no consultório, no domicílio do paciente, numa sessão em grupo ou na realização de algum procedimento. A discussão de casos deverá ser feita, abordando-se os casos mais complexos, com os quais a equipe da atenção básica teve dificuldades, ampliando assim a capacidade de análise e manejo com relação a situações concretas vivenciadas (OLIVEIRA, 2008).

O Apoio Matricial pode criar novas formas de relação entre os serviços, possibilitando personalizar os sistemas de referência e contra-referência, estimular e facilitar o contato direto entre equipe encarregada do caso e especialista de apoio. Altera-se, dessa forma, o papel e o modo de operar das centrais de regulação, passando a ter de considerar o apoio como resposta as solicitações de encaminhamento para serviços de referência, atribuindo a elas possibilidade de agenciar parte do apoio às equipes, tendo para isso de organizar o apoio disponível, divulgá-lo e continuar zelando pelos protocolos de acesso acordados com a rede de atenção. Instrumentos como Tele-Saúde podem ser úteis para ampliar essa integração.

A integralidade do cuidado é tarefa de rede, neste sentido a regulação assistencial deve buscar promover a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial às necessidades imediatas do cidadão, de forma ordenada. Um serviço de saúde não conseguirá sozinho resolver as demandas que lhe chegam e necessariamente terá que contar com outros serviços de saúde, bem como com outras redes que se articulem com o setor saúde.

Em relação aos serviços especializados, é imprescindível uma reforma do sistema hospitalar e dos serviços ambulatoriais. Em primeiro lugar, ampliando o grau

de pertencimento destes serviços à rede de saúde, o que requer contratualizações que restrinjam a autonomia dos hospitais na captação de clientela, que deveria ser orientada, sobretudo, pelo vínculo construído com as equipes da atenção básica e suas populações adscritas. Assim, as unidades básicas de saúde seriam de onde partiriam e se regulariam demandas e necessidades de tecnologias de maior custo (PASCHE, 2010).

Uma questão central dos hospitais, na atualidade, é a sua pequena integração com o sistema loco-regional de saúde. Em geral quem trabalha nestas instituições não concebe como um equipamento que seria o vértice, o topo da pirâmide, em torno de quem todos deveriam gravitar, deveria compartilhar condutas e apoiar serviços, que na visão deles faz parte do sistema de saúde primário, elementar, algo muito básico. A relação com as demais unidades, é de subordinação e não de parceria e de complementariedade, dando margens para o exercício da arrogância, da prepotência e desprezo por outras ações que não as hospitalares, levando a uma articulação inadequada na integração e continuação da assistência às pessoas doentes.

A concepção de que o hospital deveria funcionar como apoio à rede ambulatorial, incluindo a atenção básica, é defendida por Rollo (1997), que ressalta a necessidade da subordinação deste à lógica das necessidades da rede regional. Ele amplia a possibilidade de apoio para além da referência para encaminhamentos ou do apoio matricial, passando também a oferecer apoio logístico ao funcionamento da rede como: esterilização de materiais, alimentação, lavanderia e manutenção; favorecendo uma economia de escala que dê racionalidade e otimize a capacidade instalada do sistema.

Para se evitar a burocratização e o excesso de barreiras no acesso, muitas vezes fruto da racionalização da oferta, é necessário que os processos de contratualização, a qual significa a relação entre equipe e usuários, entre UBS e serviços especializados, sejam públicos e transparentes, acompanhados e reconstruídos em conformidade com as necessidades de saúde. Assim, a inserção de hospitais e de outros serviços especializados deveria ocorrer segundo regras de vínculo à rede de atenção e em acordo com um sólido processo de contratação de responsabilidades em um determinado território. Nesta perspectiva a atenção básica toma papel importante no sistema de saúde, responsabilizando-se pela organização

da oferta de atendimento e utilizando meios para garantia de acesso, a partir de cada caso.

O apoio matricial é, portanto, um recurso para organização do trabalho em saúde, tendo como objetivo valorizar a singularidade dos casos e possibilitar um equilíbrio dinâmico entre os saberes dos vários profissionais de uma equipe ou de uma rede assistencial.

2.6 As Redes de Atenção à Saúde como uma aposta para integrar os serviços e facilitar o acesso à assistência no SUS

A Constituição Federal, define que o SUS deve se organizar em redes e esse tema esteve presente, de forma explícita ou implícita, na agenda da reforma sanitária desde o início. No entanto temos presenciado, ao longo dos anos o aumento da fragmentação no interior do sistema, o que coincide com a consolidação da atenção básica como um espaço de gestão municipal, com a atenção especializada ambulatorial e hospitalar virando um espaço coabitado, porém geralmente não compartilhado, entre estados e municípios e com o Ministério da Saúde emanando diretrizes e normas a todo tempo.

O rápido crescimento da participação dos 5.564 municípios brasileiros na oferta de serviços, ocorrida principalmente na década de 1990 e primeira metade de 2000, ao mesmo tempo em que deu vida e diversidade ao SUS, impulsionando a atenção básica e aumentando a participação popular, trouxe como um efeito o aumento da fragmentação, com criação serviços especializados e hospitalares sem a devida preocupação com a escala de atendimento e com o financiamento. Municípios médios e pequenos incorporaram estruturas antigas, criaram unidades mistas, hospitais, que atualmente não conseguem manter minimamente.

Mendes (2012), critica o que ele intitula como concepção vigente, a que estabelece o SUS com um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado em atenção básica, média e alta complexidades. O mesmo autor propõe substituir este desenho por outro, que seria de “redes poliárquicas de atenção à saúde”, rompendo as relações verticalizadas. Ele vai além, pois propõe que o centro de comunicação dessa rede situe-se na atenção primária em saúde.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos 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 uma determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade -, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população (MENDES, 2012, p.47).

Para Cecílio (1997), o sistema de saúde seria mais adequadamente pensado como um círculo, com múltiplas portas de entrada, que se localizassem em várias partes do sistema e não só em sua base. O mesmo autor propõe que o sistema seja organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer o que necessita no local mais adequado. Para ele o círculo significa relativizar a concepção de hierarquização de serviços, que funciona com fluxos verticais e passar a adotar a ideia de movimento, com múltiplas alternativas. Nesse desenho a porta de entrada poderia ser além da UBS, o Serviço de Pronto Atendimento, o Centro de Atenção Psicossocial, a Academia da Cidade, entre outros equipamentos que também se disponibilizam para o primeiro contato com o usuário.

Repensar o sistema de saúde como um círculo tira o hospital do topo e recoloca a relação entre serviços de forma mais horizontal. Esse desenho é mais coerente com a ideia de que todo e qualquer serviços de saúde é espaço de alta densidade tecnológica, que deve ser colocada a serviço da vida dos cidadãos. Por esta concepção, o que importa mais é a garantia de acesso ao serviço adequado, à modalidade de tratamento adequada, no momento apropriado e com responsabilidade intransferível do sistema de saúde (CECÍLIO, 1997, p.9).

Portanto nessa concepção, ter acesso aos serviços de uma UBS é, na maioria das situações, mais importante de que ter acesso a qualquer serviço oferecido pelos hospitais. Nestas situações a UBS é o topo para um número imenso de usuários (CECÍLIO, 1997).

Campos et al. (2007), apontam movimentos paradoxais dos serviços hospitalares, por um lado o aumento da autonomia para melhorar a eficiência e por outro o funcionamento em rede buscando uma maior eficácia. O dois autores alertam que integrar uma rede, terá como efeito a diminuição da liberdade dos componentes de um sistema. Eles localizam essa proposta como sendo típica do pensamento sistêmico, corrente influente em praticamente todos os países que construíram sistemas públicos de saúde, até o final dos anos oitenta. A ênfase na autonomia, é localizada por eles nas duas últimas décadas do século passado,

articulada à doutrina neoliberal, com maior respeito à dinâmica de mercado e submetida a mecanismos de concorrência.

Na prática, parece que essa polarização favoreceu a inércia, dificultando a invenção de novos modelos de gestão e de funcionamento para os sistemas públicos de educação, saúde e segurança pública. Os defensores dos sistemas públicos tenderam a subestimar a crise, atribuindo-a a fatores conjunturais - inépcia dos governantes, financiamento insuficiente, cultura clientelista - permanecendo, portanto, incapazes de sugerir reformas estruturais que recompusessem o modelo de gestão e de atenção dos sistemas públicos, resgatando-os da burocratização e apropriação privada de recursos em que, de fato, haviam caído (CAMPOS, 2007, p.15).

Righi (2006), visualiza a pirâmide nos processos de gestão, através do organograma taylorista, com a gerência no topo, representada pelos sujeitos que pensam e produzem necessidades e na base os que fazem e atendem as necessidades definidas por outros. Romper com a pirâmide, não significa negar a necessidade de centralização de alguns serviços, relativizando a proximidade com a disponibilidade de recursos, inclusive humanos, para oferecer serviços especializados, que também carecem de escala adequada, para terem viabilidade técnica e financeira.

Testa (1992) considera que se a atenção primária à saúde não está conectada em rede, deveria se chamada de atenção primitiva, ou seja, coloca como condição para existência de uma verdadeira atenção primária, fazer parte de uma rede de atenção. Continua, afirmando que Isto não depende de uma definição legal do estabelecimento em questão, mas do direito real do usuário acessar toda a rede assistencial. Neste sentido, mais efetivo do que a declaração da existência de uma rede regionalizada, com procedimentos de referência, em geral a declaração formal existe em todos os países, não se verificam mecanismos de financiamento para dar suporte a esta realidade.

A implementação do SUS contribuiu pouco, no entanto, para a integração da saúde nas regiões que agregam diversos municípios, possivelmente pela pouca ênfase dada à regionalização. Uma importante tentativa, nesse sentido foram a diretrizes do Pacto pela Saúde, publicadas em 2006, que tentou, através da flexibilização das regras expressas na NOAS, a indução da organização de ações e serviços de saúde por regiões. O Decreto número 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, mais uma vez é enfático na necessidade da conformação de redes regionais, no entanto não avança na criação de estrutura operacional de âmbito regional, ficando a cargo das gestões estaduais e dos colegiados de gestão regional (CIR), a função de gerir o cotidiano da rede.

A fragmentação se agrava com a rápida diversificação das modalidades de gestão, ultrapassando o arcabouço inicial do SUS, que previam serviços públicos estatais e serviços complementares privados, podendo estes serem com e sem fins lucrativos. Hoje convivemos com serviços públicos de administração direta, serviços públicos de administração indireta, fundações estatais de direito privado, organizações sociais, além dos filantrópicos e dos chamados privados/privados, ou com fins lucrativos.

Deve-se lembrar que "redes," como alternativa para o planejamento de políticas, tornaram-se um fenômeno mais presente com a globalização econômica, que alterou os processos produtivos, associando-se à maior flexibilização, integração e interdependência entre organizações, e também entre as transformações recentes do estado, impondo modelos de gestão que implicam parcerias entre entes estatais e organizações sociais e empresariais. Segundo Castells, toda sociedade atual se organiza em redes. Destaca que as modificações nas tecnologias de informação e comunicação no contexto de reestruturação do capitalismo nas últimas décadas levaram à construção de uma intrincada rede de relações, não apenas as de natureza política ou social, mas também biológica, econômica e tecnológica (CASTELLS, 2007).

Não podemos fugir do formato de redes de serviços, sob pena de não se garantir o que está preconizado na legislação. Só que a lógica e o fundamento da rede na administração pública não é o lucro, e sim a efetividade da garantia dos direitos sociais. A necessidade de interligar serviços tem o objetivo de melhorar sua eficiência e diminuir custos; de expandir acesso e de interligar as políticas sociais intersetoriais, sempre com vistas à obtenção de ganhos na qualidade e atingimento de seus fins (SANTOS, 2011).

Outro argumento muito utilizado para integrar os serviços em rede, trabalhando a racionalidade de custos e incentivo a expertise, é o da necessidade de economia de escala na produção do atendimento no SUS. A partir disso propõe-se rede para logística, apoio diagnóstico, manutenção predial e de equipamentos. O volume de atendimento para áreas superespecializadas, como cirurgia cardíaca, transplantes, algumas cirurgias traumatológicas e ortopédicas, cardiologia intervencionista, entre outros, é diretamente ligado à qualidade e a resolução do caso. Essas unidades, em geral hospitalares, têm necessariamente que estar ligadas em rede com outros serviços especializados e com a atenção básica.

Contudo, rede não é o simples ajuntamento de serviços ou organizações, ela requer a adoção de elementos que façam sentido a esse entrelaçamento de ações e processos (SANTOS, 2011). Acreditamos que a regulação assistencial com a implantação de dispositivos de garantia do acesso aos serviços e entre eles, potencialize a integração em rede e com isso favoreça a implementação de princípios e diretrizes do SUS como a integralidade e a equidade.

Em resumo, podemos afirmar, de maneira abrangente que rede de atenção à saúde, é a interconexão dos serviços, de diferentes funções e perfis de atendimento, em todos os níveis de densidade tecnológica do sistema de saúde, que operam de forma ordenada e articulada no território, dotada de elementos tecnossanitários e organizacionais, entre eles a regulação assistencial, que permitam uma gestão sistêmica e harmônica, com o objetivo de garantir o direito das pessoas à saúde.

Tem-se trabalhado redes sem territórios geográficos definidos, no entanto perde-se uma grande vantagem, pois uma área de cobertura estabelecida favorece uma definição mais clara das responsabilidades que cabem a cada serviço situado no território e melhor articulação intersetorial para intervenção em determinantes de saúde, através de integração com outras políticas públicas. É também considerada imprescindível, quando se pretendem cooperação e solidariedade entre atores e organizações de saúde da região para o atendimento das demandas e necessidades em saúde de uma dada população. Além disso, oferece melhores condições para construção de vínculos e corresponsabilização entre profissionais e usuários para melhoria das condições de saúde.

Pesquisador, inclusive, procura diferenciar o que chama redes territoriais e redes temáticas. Umas seriam formadas a partir da atenção básica, numa determinada região de saúde, enquanto as outras ultrapassam os limites da região, por tratar-se de serviços que, por algum motivo, devem ser acessados em poucos locais. Quando falamos de serviços com oferta escassa, como tratamento de hemodiálise por exemplo, logicamente que o cidadão deve ter acesso, até ter próximo de casa, onde for possível. No entanto o movimento recente do SUS tem sido paradoxal, enquanto se defende a regionalização, se estimula, através de políticas específicas as redes temáticas (SILVA, 2011).

No entanto, Righi (2010) alerta que o potencial de conexão das redes também pode levar a normas próprias e ao isolamento e sugere que elas se desenvolvam a partir de inovações nas formas de gestão territorial do SUS.

Nessa mesma linha Santos (1996) nos indicava que não é possível reduzir tudo a produção de redes, referindo-se a um “acontecer solidário”, uma certa contradição entre território, espaço vivido, e a produção de redes.

As redes constituem uma realidade nova que, de alguma maneira, justifica a expressão verticalidade. Mas além das redes, antes das redes, apesar das redes, depois das redes, com as redes, há o espaço banal, o espaço de todos, todos os espaços, porque as redes constituem apenas uma parte do espaço e o espaço de alguns (SANTOS, 1996, p.17).

Sem valorizar o espaço vivido, há o risco de separar equipamentos por áreas de especialidades e de projetar esses equipamentos sobre territórios. Nessa perspectiva, a trama da rede de atenção tecida sobre um território também pode escondê-lo. Pensar o SUS apenas como uma rede hierarquizada impede que se veja o território sob a rede e induz a visualização e produção de redes homogêneas em níveis hierárquicos (RIGHI, 2010, p.60).

A integração de serviços é apenas um dos aspectos da produção das redes de saúde. Esta forma de integração, que articula serviços com características semelhantes, é denominada por Righi (2010) de “processos de integração funcional”. A mesma autora ressalta que, a rede que interessa para um projeto de ampliação da democracia e da qualificação da gestão e da atenção do SUS não pode se reduzir a articulação de serviços de um entorno funcional, mas também valorizar o entorno territorial.

Viver numa rede de atenção como se ela se resumisse a um escalonamento de níveis de acesso, é viver a partir da compreensão de que é o especialista que tem as capacidades técnicas necessárias ao tratamento dos casos mais graves e faz com que os doentes encaminhados a estes percam o vínculo com a equipe da atenção básica. O efeito desta divisão de tarefas é o empobrecimento da capacidade clínica da atenção básica e o reforço do poder dos especialistas. Portanto, a assimilação do conceito de rede representaria uma inovação importante para a organização da atenção no campo da saúde: responsabilidades diferentes, diferentes tipos de poder, diferentes funções sem hierarquizar complexidades ou importância no processo de produção da assistência. É, como tentamos expor, diferente da organização em pirâmide, com sua base e sua cúpula. Não deve haver hierarquia de importância estável ou permanente entre os que compõem a rede. Ou seja, na rede, a complexidade não tem endereço fixo, não pode ser confundida com custo e deve ter estruturas públicas, entre elas a regulação do acesso; que, através de pactos, mediem suas interrelações (RIGHI, 2010).

A regulação do acesso necessita de desenho de rede com pactos firmados, contemplando os diversos atores envolvidos, que funcione à partir da atenção básica e que estabeleça os perfis e as referências de cada serviço que a compõe, em um determinado território. Os diversos equipamentos e serviços que compõem uma rede de saúde, devem funcionar como pontos de atenção e seu acionamento deverá se dar de acordo com os casos atendidos e demandados; garantindo, com isso, que os serviços não funcionem de forma isolada e responsabilizando-se conjuntamente pelo acesso, atenção integral e continuidade da assistência. Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais ou postos de saúde, públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados.

Por esse motivo, é importante alterar as regras de encaminhamento para especialistas ou para exames de alto custo, só sendo encaminhados casos com hipótese diagnóstica e avaliação de risco/vulnerabilidade. A partir deste raciocínio, Campos (2007) sugere prazos: casos urgentes, atendimento imediato no mesmo dia; casos com risco, atendimento em até três dias; casos normais, entrarão em lista de espera por ordem de chegada. Em virtude dos recursos serem limitados, temos de avaliar risco e garantir acesso primeiro aos que têm maior probabilidade de morrer ou adoecer gravemente.

A discussão das redes traz uma outra face, que é a racionalização de meios e serviços, tendo em vista o custo crescente dos sistemas de saúde. Conceitos como economia de escala e escopo devem ser relativizados em função do direito à saúde e de sua viabilidade de forma acessível. Em se tratando de política de estado, a eficiência econômica deve ser um meio para se garantir direitos e não uma finalidade, devendo-se enfrentar a escassez de serviços necessários com soluções estruturais. Outras vezes, observa-se ociosidade e perda de qualidade, então o conceito de economia escala e escopo se torna aceitável. Portanto, o mote, em um sistema universal, deve ser integrar para garantir direitos.

2.7 A Regulação do Acesso à Assistência à Saúde como interlocutora entre a demanda/necessidade da população e a oferta conectada em Rede

Segundo Starfield (2002), devemos distinguir acesso de acessibilidade. Acessibilidade refere-se a características da oferta e o acesso é a forma como as

peças percebem a acessibilidade. Essa percepção é no sentido de identificar a disponibilidade de serviços, afetando a decisão de procurá-los e isso é influenciado pela experiência passada e pelo grau de informação da existência deles.

A regulação de fluxos assistenciais, por meio de Centrais de Regulação, é o ato de propiciar o acesso de um cidadão, ao recurso necessário para manutenção de sua vida e/ou melhora de seu estado de saúde, por meio da interlocução de profissionais de saúde, responsáveis e investidos de autoridade para utilização da rede de saúde disponível. Em virtude de se tratar de interesse público, as Centrais devem ser estruturas estatais e parte integrante do SUS, pois responsabilidade pelos deslocamentos necessários das pessoas ao longo da rede de saúde, é do estado, devendo ser garantido pela gestão do sistema (NEGRI, 2011).

Do ponto de vista de seu processo de trabalho, podemos delimitar bem a diferença de uma Central de Regulação de urgências, da regulação de leitos ou internação eletiva e da regulação ambulatorial. No primeiro caso trabalha-se com a necessidade do atendimento imediato, seja com orientação à distância, seja para resgate em domicílio ou via pública ou seja para transferência entre serviços de diferentes perfis. Devido a esta especificidade, demanda-se a presença de profissionais médicos e enfermeiros urgentistas, durante as vinte e quatro horas do dia.

No caso das centrais de leitos, seu acionamento se dá para continuidade do tratamento daqueles atendidos nas urgências ou em serviços ambulatoriais. As centrais ambulatoriais, utilizam-se da marcação de consultas, exames e demais procedimentos realizados a nível ambulatorial. Nos dois casos pode-se estabelecer metas de tempo para resposta das solicitações mais frequentes e se faz necessário o estabelecimento de protocolos de acesso pactuados com a rede de saúde.

Marcar a consulta ou sugerir um melhor local para procurar, quando se precisa de atendimento em saúde, mostrou-se insuficiente pois não garante que aquele indivíduo seja incluído no serviço proposto e nem se de fato ele precisava desse acesso. Portanto tem-se que ir além de marcar ou encaminhar, mas estabelecer quem solicita a marcação, quais os serviços estão disponíveis naquele momento para o que é solicitado, se a demanda está dentro do combinado na rede de atenção e qual o grau de prioridade, no caso de procedimentos com oferta abaixo da demanda.

Em um sistema de saúde público de caráter universal, o ciclo da regulação se inicia com a aferição de necessidades, utilizando-se parâmetros estabelecidos pelo próprio sistema e pela literatura científica. Isso deve se “misturar” com a demanda presente no sistema, aquilo que é solicitado pelos profissionais e pelos usuários. É bom sempre dizer que são coisas distintas e que tensionam o interior do sistema, pois quem estaria mais correto: o padrão determinado por portarias e pela literatura médica ou a pressão da demanda por determinados procedimentos, vinda dos serviços da rede de saúde?

Um exemplo de como a demanda é um parâmetro importante, inclusive para corrigir certos parâmetros, é o caso da oftalmologia no SUS. Todos os parâmetros estabelecidos na década de 1990 nesta especialidade, para oferta pelo SUS caducaram, pois hoje a população pressiona pelo acesso ao oftalmologista como parte de seu direito a atenção básica, ou seja, antes mesmo de ter problemas aparentes com a visão.

A outra face, que se confronta com necessidade e demanda é a oferta concreta disponível na rede de saúde. Esse encontro deveria levar a adequações na conformação da rede, tendo como fatores limitantes o financiamento e a disponibilidade de recursos, inclusive humanos. Daí a necessidade de regionalizar a oferta de serviços especializados, garantindo a otimização dos serviços existentes, como uma etapa necessária na implementação do sistema.

Portanto, a análise da rede existente, das necessidades estabelecidas e da demanda por ações e serviços de saúde nos demonstram lacunas assistenciais e isso deve ser usado, além de subsidiar planos estratégicos para otimizar e expandir os serviços de saúde, para estabelecer as normas de acesso com base em protocolos e discussão das situações concretas. Segundo Albuquerque (2011), a regulação atua sobre a oferta, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou remanejar a oferta programada.

As relações dos serviços em rede devem ser mediadas por contratos, que expressem os pactos de gestores com os prestadores de serviço públicos e privados, estabelecendo obrigações recíprocas. Albuquerque (2011), afirma que a contratualização é um instrumento de reversão do ciclo de distribuição de recursos, passando a ser orientado em função das necessidades em saúde de uma dada população, com participação do cidadão na decisão e na avaliação dos serviços de saúde, numa perspectiva de equidade.

A oferta contratada deve servir de parâmetro para as centrais e as informações produzidas por elas devem servir para a avaliação dos contratos e como condição para o faturamento dos procedimentos produzidos pelos prestadores. Ainda hoje é comum que os serviços de referência definam a clientela a ser atendida, o que configura em uma regulação às avessas, pois um ponto da rede de atenção regula o sistema e muitas vezes a própria central.

A produção de informações, por parte das centrais, para pagamento de prestadores, análise da demanda e oferta da rede, controle e avaliação dos contratos, dão subsídio para discutir toda a conformação do sistema de saúde. Além da garantia do acesso, reconhecendo a atenção básica como coordenadora da rede de atenção, as Centrais ainda têm o efeito que é o de ser observatório do sistema de saúde e do funcionamento de seus pactos.

Em resumo, o ciclo da regulação do acesso: 1) análise necessidades, conhecimento da demanda e mapeamento da oferta; 2) contratualização; 3) operacionalização do acesso a partir da atenção básica; 4) produção de novas informações que sirvam de base para o controle e pagamento de prestadores; 5) avaliação e auditoria; 6) ajustes na oferta, com base na análise de resultados da central.

Mesmo quando a regulação da atenção está comprometida com a adequação da oferta às necessidades dos usuários, persiste o desafio de reconhecer as diferenças e as singularidades dos usuários na Central. Essa dimensão se dá no espaço do chamados “solicitantes”, que são os serviços que, como o nome indica, solicitam atendimento à central, é aí o predomínio é da atenção básica. O acolhimento, a organização da demanda no nível local e a resolução dos casos pela equipe de referência impactam diretamente no que chega na central de regulação.

Acreditamos que o apoio especializado matricial poderia ser oferecida em centrais ambulatoriais, sendo agendado um contato do profissional solicitante com o especialista de apoio. Com isso damos mais um passo para superação do modelo de acesso centrado na consulta médica, passando a considerar a comunicação e interação entre profissionais em função de casos concretos. A central de regulação é um potencial agente para ampliação da clínica, quando diversifica os meios de acolher a demanda, solidarizar-se com ele e de encaminhar soluções conjuntas.

Uma estratégia prevista pelo SUS para integrar as estruturas operacionais de regulação, são os “complexos reguladores”. São estruturas que agregam e articulam

um conjunto de procedimentos e ações de regulação do acesso à assistência, como as centrais: de regulação das urgências, de leitos, de marcação de consultas e exames, de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, etc. Elas devem fazer uso de protocolos operacionais e de acesso à rede de atenção à saúde. Portanto, são instrumentos que permitem adequar, de maneira articulada e integrada, a oferta de serviços de saúde à demanda, aproximando-a das necessidades em saúde e produzindo dados relacionados com a resolutividade dos casos. Variando de escopo e de escala, mantendo uma intercomunicação, podem ter abrangência intramunicipal, municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2006; BELO HORIZONTE, 2008).

Seria então uma rede de centrais, com escala e escopo diferentes, porém complementares, além de todas as unidades da rede de atenção a saúde, que demandam e/ou realizam serviços, fazendo parte da estrutura do que se chama complexo regulador.

As centrais de regulação compreendem a operacionalização do processo regulatório, sendo o local que recebe as solicitações de atendimento, avalia, processa e, se for o caso, agenda a melhor resposta disponível, garantindo o atendimento integral de forma ágil e qualificada aos usuários do sistema de saúde, a partir do conhecimento da capacidade instalada nas unidades prestadoras de serviço (BRASIL, 2006, p.15).

Para que se conformem redes de atenção à saúde é necessário, a existência de um conjunto de unidades de diferentes portes, em número suficiente para garantir cobertura a uma determinada população e trabalhando uma composição de recursos adequada em cada nível para garantir a resolutividade da assistência. Para que a rede exista de fato, este conjunto de unidades tem que trabalhar de forma articulada responsabilizando-se pela atenção integral da população de um território (KUSCHINIR et al., 2011).

Os tradicionais mecanismos de “referência e contrareferência”, baseados nas solicitações e encaminhamentos médicos, mas que colocam no cidadão o encargo da marcação e do acesso aos serviços complementares à atenção básica, têm se revelado insuficientes. Na prática, tem gerado filas e interrupções no acompanhamento, muitas vezes trazendo danos irreversíveis como retardo em diagnósticos, retardo no início e interrupção de tratamentos. Esses mecanismos só têm sentido quando expressam o compromisso da rede de atenção à saúde com as

pessoas, garantindo o acesso ao conjunto de tecnologias necessárias de acordo com os problemas apresentados. Expressam a definição de um acordo prévio acerca do que cabe a cada unidade de saúde, incluindo o número e tipo de casos a serem atendidos (KUSCHINIR et al., 2011).

Para colocar isso em prática são necessários investimentos em estrutura, com informatização e processamento de informações e em profissionais capazes de operá-la. É necessário que se qualifique e se incorpore no papel regulatório: supervisores, auditores assistenciais, gestores de contrato, médicos reguladores, técnicos de nível superior reguladores, entre outros, a depender do escopo da central. Mediando uma relação entre território, comunidades e serviços; deve-se enfatizar a importância primordial da atenção básica como coordenadora do seguimento dos casos.

Alguns desafios para a regulação do acesso são citados por Jorge et al. (2011):

- a) A redução do tempo de espera pelo serviço demandado;
- b) A regulação efetiva dos leitos hospitalares, com integração destes à rede de atenção;
- c) A divulgação do papel das centrais de regulação para o público interno e externo à rede de atenção;
- d) Aprimoramento da relação entre centrais municipais e central regional, em geral estaduais;
- e) Aumento da capacidade gestora sobre a rede, para otimizar a oferta.
- f) Aprimorar o sistema de informatização das centrais e da rede de atenção;
- g) Participar de processos de articulação regional, para ajudar no enfrentamento dos problemas comuns aos municípios da sua rede de atenção.

Portanto a Regulação do Acesso à Assistência à Saúde é mais do que a implantação de computadores, infovias, normas ou protocolos, pois abarca também relações de gestores com prestadores, destes com gerentes de unidades, destes com profissionais e de usuários e as suas distintas demandas/necessidades com todos. Portanto, como qualquer trabalho em saúde, a regulação do acesso implica em relações políticas, técnicas e de cuidado, consistindo assim em um conjunto de

tecnologias relacionais, de saberes, instrumentos e ações que intermediam a demanda dos usuários por serviços de saúde, bem como o acesso a estes.

Um aspecto, já citado anteriormente, que se soma à diversidade dos entes que comandam no SUS, é a atual variedade de formas jurídicas dos serviços de saúde, que não se restringem apenas a público e privado, mas a tipos de serviços públicos e privados. Isso tem imposto graus de compromisso e de integração entre a rede assistencial extremamente heterogêneos.

Entre os problemas de ordem gerencial destacam-se: fragmentação e a responsabilização clínica insuficiente. Existe uma racionalidade gerencial hegemônica, ou seja, um modo de organizar o trabalho e os processos de decisão nas organizações, que contribui para que os profissionais de saúde reduzam seu objeto de trabalho a procedimentos, doenças ou partes do corpo. Da mesma forma, essa racionalidade induz os serviços de saúde a se responsabilizarem pelos usuários somente quando eles se localizam dentro de seu espaço físico.

A maioria dos contratos feitos entre gestores e trabalhadores, como também entre gestores e serviços de saúde, predomina a dimensão quantitativa, expressa em número de procedimentos. A valorização das atividades em rede incluindo o compartilhamento de casos, tendem a diminuir a tendência de fragmentação da clínica.

Verifica-se no SUS pouca permeabilidade de serviços especializados ao contato direto com profissionais da atenção básica, assim como pouca disposição destes em buscar contatos externos visando a qualificação das altas e das contrareferências, buscando construir projetos terapêuticos para usuários em situações complexas, que demandem trabalho de muitos profissionais e serviços de saúde. Da mesma forma, dentro das próprias equipes de saúde, existe uma tendência de pouco diálogo interdisciplinar.

Os mecanismos de contrato e regulação da rede assistencial, quando existentes, não valorizam o território e a corresponsabilidade dos serviços através de centrais de regulação que distribuem os usuários, sem critérios territoriais e à revelia dos profissionais e equipes de referência. O trabalho das centrais, muitas vezes é tomado por uma racionalidade burocrática que, a depender da forma, pode exacerbar a fragmentação da atenção, na medida em que desvaloriza a relação de vínculo do usuário com determinado serviço e/ou equipe e com o território.

Deve-se continuar estimulando o contato direto dos usuários com os serviços que os acompanham, ou seja, a regulação não deve ser anteparo na relação entre as pessoas e os serviços do SUS. Por isso, o retorno para o próximo contato, deve ser marcado na própria unidade que as acompanha, evitando as “filas virtuais” e estimulando a responsabilização e o vínculo. A diretriz para as centrais devem ser claras no sentido a facilitação do acesso e da garantia de direitos, evitando o outro lado da moeda que são as barreiras e a seletividade, que favorecem outros interesses como os corporativos e os econômicos.

3 SITUANDO O ESTUDO NO CAMPO DA PESQUISA QUALITATIVA E REVELANDO O INSTRUMENTAL UTILIZADO

3.1 Investigando a Ação

Uma pesquisa desde a concepção original do objeto (ante-projeto de pesquisa), a busca de suas referências teóricas (construção do referencial teórico), o esforço de apreendê-lo numa determinada realidade (pesquisa de campo), as estratégias de aproximação da sua essência (diálogo entre pesquisador, sujeitos, teorias e realidade), até a sistematização integradora destes elementos em capítulos e parágrafos (elaboração do relatório), constituem estes um caminho construído, percorrido e feito durante toda a pesquisa (MASSELI, 2001, p. 50).

O papel da metodologia consiste em avaliar e descrever as propriedades, qualidades, insuficiências e distorções que são inerentes a cada técnica. Essa proposta de análise da Regulação do Acesso à Assistência no SUS, propõe-se a percorrer os caminhos de uma pesquisa qualitativa. Em particular, a pesquisa-ação consiste em produzir novas formas de conhecimento social, transversalizando campos como a sociologia, saúde coletiva e educação e estabelecendo novos relacionamentos entre pesquisadores e pesquisados, e novos relacionamentos de ambos com o saber produzido.

Minayo (1999) diferencia a pesquisa-ação segundo dois autores:

- a) Bulmer – a pesquisa-ação consistiria numa investigação ao mesmo tempo do desenvolvimento de programas governamentais, para medir seu impacto;
- b) Thiollent – a pesquisa-ação seria um tipo de investigação social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Nossa opção foi ficar com o segundo, que afirma que a pesquisa-ação é realizada em um espaço de interlocução onde os atores implicados participam na resolução dos problemas, com conhecimentos diferenciados, propondo soluções e aprendendo na ação. As Possíveis manipulações devem ficar sob controle da metodologia e da ética.

Ela tem uma perspectiva crítica e instrumental, visto que desencadeia

argumentações e instrumentos no sentido de resolver problemas da razão prática. O autor lembra, portanto, que não se pretende resolver conflitos sociais fundamentais que não têm soluções no espaço ou no tempo de uma pesquisa localizada. O importante é que se possa encontrar soluções passíveis de serem executadas (THIOLLENT, 2002).

[...] encontra um contexto favorável quando os pesquisadores não querem limitar sua investigação aos aspectos acadêmicos e burocráticos da maioria das pesquisas convencionais. Querem pesquisas nas quais as pessoas implicadas tenham algo a dizer e fazer. Não se trata de simples levantamento de dados ou de relatórios a serem arquivados. Com a pesquisa-ação, os pesquisadores pretendem desempenhar um papel ativo na própria realidade dos fatos observados ... (THIOLLENT, 2002, p. 18)

Os objetivos desta metodologia devem estar relacionados à produção de conhecimentos voltados à prática. Sendo assim, ao final do estudo deve haver uma melhor compreensão dos condicionantes da práxis, acarretando numa mudança nas práticas profissionais. Também tem como objetivos coletar informações acerca da “questão/problema”, evidenciar os conhecimentos teóricos que precedem a prática, comparar as diversas teorias relacionadas ao tema em questão e, finalmente, descrever os processos e as generalizações da investigação, de modo a produzir regras práticas que resolvam os problemas pertinentes à pesquisa.

Testa (1992), discute a observação da realidade em duas ordens: por um lado é fato que um fenômeno tem uma existência única, por outro, também é certo que o ponto de vista do observador não só faz com que seja percebida coisas diferentes em um fenômeno, mas que o mesmo possa ser perturbado pela observação.

Para enfrentar esse desafio, a técnica precisa ser utilizada dentro de uma problemática teórica de orientação crítica e não apenas instrumental. Assim propomos uma análise sócio-histórica das teorias dominantes nas gestões em saúde e, ao mesmo tempo, uma demonstração de possibilidades de superação dos modos tradicionais de governar trazendo ofertas no campo da atenção e da gestão em saúde (CAMPOS, 2000)

Toda formulação científica, por sua vez o é na medida de sua historicidade. Testa (1992), conclui que a historicidade da ciência pode também ser expressa como sendo a necessidade de sua contextualidade, de sua inserção no mundo real.

Este é um estudo que se faz sob o signo da implicação, uma vez que fomos parte da gestão da Secretaria Municipal de Saúde, durante dois anos e seis meses, dos três anos estudados. Além disso, temos uma trajetória de interesse nas

iniciativas de mudança nas organizações do SUS. Uma visão situacional a partir da escolha do lugar de gestão ou do caso, mas com uma pretensão abrangente, porém influenciada pelo lugar de observação.

Testa (1992) alerta para a possibilidade de que o observador perturbe, com sua observação, o fenômeno estudado. O que nas ciências naturais não seria desejável, na pesquisa social passa a ser inevitável, sendo inevitável a participação do observador no próprio fenômeno. O autor vai mais além, afirmando que quando o observador não é envolvido no observado, a consequência não é a manutenção da apoliticidade ou da objetividade da ciência, mas sua acientificidade.

Outro autor que nos inspira nesse caminho é Paulo Freire (2011), especialmente quando elabora a noção de que a cultura não pode ser externalizada e arrancada do sujeito coletivo ou individual, que é sempre um “sabido” por ser portador de saberes, isto porque a cultura lhe é constitutiva, como uma pele; por isso, este sujeito é também cultura e seu produtor, o que constitui um pressuposto básico do seu estar e ser no mundo. Isso nos ajuda a olhar a implicação e identificar que não é possível pensar o sujeito em ação sem ela.

Uma pesquisa que tenta reinventar e ampliar as possibilidades de mudança nas instituições de saúde, a partir do aumento da capacidade de análise e, portanto, de intervenção dos gestores e sujeitos implicados. Um estudo empírico fundado teoricamente e influenciado pela práxis profissional e política do pesquisador e dos sujeitos da pesquisa (CAMPOS, 2000).

Em se tratando de pesquisa qualitativa, a construção do conhecimento se dá através de negociações constantes entre o método e a realidade estudada. Realidade aqui entendida como não estática, não controlável, não reproduzível matematicamente, mas sim dinâmica, com inúmeras possibilidades de associações entre objeto pesquisado e os infinitos elementos constituintes desta dada realidade, sobre a qual inevitavelmente os sujeitos envolvidos interferem (MINAYO, 1999).

Decorre daí a impossibilidade de tornar esse conhecimento absoluto. Valorizar essa forma de aproximação da compreensão do fenômeno implica que o conhecimento assim produzido deve ser sempre relativizado, uma vez que sempre estará a serviço de uma outra realidade, que não aquela – já transformada – em que foi produzida (COELHO, 2012).

A ênfase ao fenômeno, faz com que o arsenal de instrumentos teórico-metodológicos, seja colocado à disposição do processo de seu desvendamento. Ou

seja, a seleção de cada instrumento de investigação a ser utilizado é feita em função da avaliação da sua capacidade de fornecer respostas adequadas às perguntas que estão sendo formuladas ao objeto de estudo que, ao ir sendo desvelado, suscita novas perguntas e assim sucessivamente. Por esses motivos a escolha da pesquisa-ação, associada à estratégia de estudo de caso, utilizando como instrumentos, as técnicas de análise documental e entrevistas semi-estruturadas, conformam o caminho metodológico escolhido.

3.2 O Estudo de Caso, como estratégia da pesquisa

A presente pesquisa se constituiu em um estudo de caso, na medida em que se enquadra no escopo da definição de Yin (2005), para quem estudo de caso não é um método, mas uma estratégia de pesquisa abrangente, que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, enfrentando uma situação particular. Para o autor, o desenho de estudo de caso tem apresentado uma tendência de procurar esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões, enfatizando-se o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados.

De forma geral, o estudo de caso é uma investigação empírica, dentro de um contexto e que pode ser conduzida por diferentes motivos, incluindo a simples apresentação de casos individuais ou o desejo de chegar a generalizações mais amplas. Pode ser utilizado em várias situações para contribuir com o conhecimento que se tem dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais e políticos.

A estratégia de estudo de caso consiste em, a partir de dada situação, tomada em seu contexto, analisá-la visando identificar como se manifestou e evoluiu o fenômeno que interessa ao pesquisador. Pode-se considerar uma vantagem do estudo de caso a observação de um grande número de fatores que interagem, permitindo que se contemple a complexidade e riqueza dos fenômenos sociais, logo, o caso deve ser observado como fenômeno integrado. Os estudos de caso podem ser únicos ou múltiplos (YIN, 2005).

Sendo este, um estudo de caso único, Yin (2005) apresenta cinco fundamentos lógicos: caso decisivo, caso raro, caso representativo, caso revelador e caso longitudinal.

A presente pesquisa se enquadra no que seria um caso representativo,

também chamado de típico, que tem por objetivo captar as circunstâncias e condições comuns, sendo que as lições aprendidas com tais casos podem fornecer importantes informações sobre as experiências das pessoas ou instituições estudadas. Esta tese é, portanto, um estudo de caso único e representativo, pois buscamos identificar os processos disparados, à partir da Regulação do Acesso à Assistência à Saúde no município do Recife, considerando o olhar de gestores e trabalhadores da instituição Secretaria Municipal de Saúde.

Para um estudo de caso, as evidências podem ser obtidas através de fontes distintas, das quais escolhemos: documentos, entrevistas e diário de campo, convergindo para um formato de triangulação de instrumentos.

3.3 As Implicações

A condição de implicação nos obriga a tomar certas precauções críticas na análise das informações e dos discursos e também nos autoriza a utilizar a memória das escutas e as percepções elaboradas nas interações vivenciadas no processo de gestão/dinâmica institucional, propiciadas pelas experiências de um sujeito implicado (MERHY, 2006).

Segundo Barbier (1985), quem ele chama de “homem de ciência”, dissimula e encarna o que é interessante no universal, fazendo escolhas subjetivas de artigos e livros que considera “interessantes”, ou seja, novos e úteis para ele em função da problemática que está estudando. Aliás, segundo ele, o arbitrário e o julgamento de valor já estão presentes na escolha do objeto de investigação. O contexto do pesquisador, sua formação, seus grupos de referência e os gostos intelectuais do momento, desempenham um papel decisivo.

Ao abordar o conceito de implicação, o autor define três níveis: um seria o nível psicoafetivo, afirmando que seria o prazer da relação do pesquisador com o objeto pesquisado, fundamental para a produção de mudança; outro o nível histórico-existencial, quando afirma ser necessário romper com a “máscara” da eficácia profissional e do código moral do “trabalho dedicado aos outros”, pois à medida em que o pesquisador enfrenta com seriedade seus próprios problemas no âmbito da pesquisa, é que se torna mais disponível para o objeto estudado. O terceiro nível, seria a implicação estrutural-profissional, que consiste na procura de elementos que têm sentido com referência ao trabalho social do pesquisador e ao

seu enraizamento sócio-econômico na sociedade em que vive, representando sua posição no campo das relações de produção e do sistema de valores que lhe dá coerência interna.

O nível histórico-existencial, é diretamente ligado à socialização na classe social de origem do pesquisador. Entre essas estruturas objetivas que modelam o “habitus” do pesquisador, enquadrando as práticas sociais às quais está inserido por sua profissão, seu nível de cultura, sua família; há uma relação dialética que se estabelece por meio da ação da práxis e do projeto individual e coletivo. Se conclui assim, que esse nível de implicação significa que, enquanto ser social, o sujeito questionador estará sempre numa relação dialética com o objeto questionado através do canal essencial da práxis (BARBIER, 1985).

Fazer pesquisa-ação é assumir o risco se ser interrogado sobre o papel e a função que se exerce como pesquisador e “especialista” na sociedade, isto é, aceitar uma interpelação sobre o sistema de valores e de atitudes do pesquisador... É chocar-se a cada instante com o muro da contradição entre o projeto histórico e existencial que é sempre uma primavera inaudita espalhada entre as estações e a realidade estrutural da ação profissional com suas injunções e seus limites econômicos, políticos e científicos” (BARBIER, 1985, p.117).

Demo (2008) defende a posição “histórico-estrutural”, frente ao tema da neutralidade da ciência. Isso significa um equilíbrio crítico e autocrítico entre condições objetivas e subjetivas, onde a realidade social é em parte dada, em parte construída. Com isso, salienta que o enfrentamento ideológico deve ser feito, mas no espaço da “estratégia da discursividade”. Por fim, ele considera que a neutralidade nas ciências sociais é desmoralizadora, sendo instrumento útil ao poder vigente.

Portanto, a condição de pesquisador e gestor de saúde, no lugar de assessor executivo da Secretaria de Saúde do Recife e diretamente implicado com o fenômeno investigado é uma situação que está ancorada em diversas correntes no campo da saúde coletiva e das ciências sociais.

A noção de implicação, trabalhada pelos analistas institucionais, não se reduz a uma questão de vontade, de decisão consciente do pesquisador. Ela inclui uma análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que lhe é designado ocupar, enquanto especialista e dos riscos que isso implica. Melhor seria dizer, portanto, análise das implicações, posto que implicado sempre se está (PASSOS; BENEVIDES, 2009).

A implicação é definida como processo que ocorre na organização analítica, em sua equipe, como resultado de seu contato com a organização analisada, como também não significa apenas uma reação da equipe interventora com o objeto de análise, ela pode ser prévia a qualquer contato (BAREMBLITT, 1992). Significa uma influência recíproca, simultânea, sendo parte integrante do processo de análise da organização. A análise de implicação é a compreensão da interação das partes envolvidas no processo de intervenção.

Aceitando esse desafio, podemos dizer que a vida profissional nos fez trabalhador do SUS e com isso veio a oportunidade de dialogar com a realidade, à partir dos referenciais políticos, teóricos e de vida, que trazemos ao longo do tempo. Vieram em seguida as primeiras experiências na gestão do SUS e com elas a necessidade de construir projetos. Segundo Barbier (1985), projeto é a vitamina da práxis e passa por quatro etapas: desejo, vontade, decisão e ação. O projeto que anima a práxis, constitui-se na vontade de transformar as relações sociais e o mundo.

Para Sartre (1960), tudo muda se considerarmos que a sociedade se apresenta para cada um como uma “perspectiva de futuro” e que esse futuro penetra em cada um como uma motivação para os seus comportamentos. Esse para nós é o sentido de projeto, tendo como eixo aglutinador o SUS.

Participamos do projeto de implantação do modelo Paideia em Campinas, nos anos de 2001 e 2002. A experiência teve como diretriz o fortalecimento do SUS, a partir de implementação de arranjos e dispositivos que compunham um modelo de atenção e gestão para a saúde da cidade. Lá começamos a trabalhar conceitos e elaborar percepções acerca do sistema de saúde que, em parte, reproduzimos neste trabalho.

Recife reaparece em 2003 como oportunidade de retorno à terra natal e com ela de engajamento em outro projeto, que estava em andamento. Do tensionamento com a nova experiência vivida, surge a área de Regulação em Saúde como possibilidade de novos conhecimentos e de junção com o que havíamos acumulado anteriormente. Como trabalhar nesta área, com tradição fortemente burocrática e centrada em procedimentos, na grande maioria deles à distância de trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, introduzindo conceitos e dispositivos de clínica ampliada? Como ter em uma central de marcação de consultas a possibilidade de agenciar apoio especializado matricial? Como ganhar demais gestores e

trabalhadores para além da territorialização, apontando a necessidade de se vincular a pacientes/famílias de um determinado território? E como, ao mesmo tempo, fortalecer aspectos positivos do instituído, oferecendo outras formas de fazer, sem necessariamente romper com os que formularam o que encontramos?

Além destas questões outra nos atormentava: como fazer isso tudo sem ser cooptado ou convencido pelo estabelecido? Neste sentido a experiência vivida a partir de 2009 em Recife, trouxe saídas, que se iniciaram pela possibilidade de movimento coletivo. Um grupo que se juntava para, considerando o projeto em andamento há 8 anos, ampliar a mudança e reformar o modelo de atenção proposto para a cidade.

O projeto que estudamos aqui, ocorre no interior de um governo, o terceiro seguido de um mesmo partido político na cidade e que firmou um compromisso com a sociedade de “qualificar” o que foi feito nos anos anteriores. Essa foi a janela que achamos para propor o conjunto de medidas que agora estudamos. O desafio então era, fortalecer a tradição da participação popular e da expansão da atenção básica e implantar mudanças no âmbito da Clínica e da Saúde Coletiva que eram produzidas na rede municipal de saúde.

3.4 Os Instrumentos da Pesquisa

A definição e elaboração dos instrumentos da pesquisa é o passo seguinte à definição do objetivo de pesquisa e metodologia e sua construção é de fundamental importância para garantir a coerência entre a definição do objeto e do estudo realizado, pois são eles quem operacionalizam os objetivos e permitem o estudo das teorias propostas (MENDES, 2009).

No intuito de facilitar a coleta de dados foi elaborado um protocolo, o qual norteou o uso de diferentes fontes de informações e de técnicas de coleta, seguindo as questões centrais da pesquisa. Dessa forma, foram incluídas a análise documental, as entrevistas semiestruturadas e o diário de campo, compondo uma triangulação de dados que permitiu a comparação das informações, identificando assim aspectos semelhantes, divergentes e/ou complementares.

Segundo Testa (1992), a ciência verdadeira consiste no duplo movimento que parte do concreto real, abstrai do mesmo um objeto, o qual analisa em sua parcialidade, devolvendo-o à realidade como um concreto pensado, que se

diferencia do anterior, enquanto é esclarecido o papel do conjunto das determinações que o configuram. O rigor e o valor de verdade da ciência são muito mais determinados por esta passagem do concreto para o abstrato e volta para o concreto, do que pela aplicação do que geralmente é conhecido como método científico.

3.4.1 Análise documental e Diário de campo

A análise documental, refere-se a diferentes procedimentos envolvendo a análise e interpretação de dados gerados a partir do exame de documentos e registros relevantes para uma dado estudo. Nela, leva-se em conta o objetivo para o qual o documento foi produzido, bem como para quem o mesmo foi dirigido.

Muitos dados importantes na pesquisa qualitativa provêm de fontes como: arquivos históricos, registros estatísticos, biografias, jornais, revistas e outros. Muitas vezes essas fontes fornecem ao pesquisador dados suficientemente ricos que até dispensam a necessidade de pesquisa de campo, sem contar que em muitos casos a investigação só se torna possível a partir de documentos (GIL, 1989).

A análise documental constitui um importante instrumento de análise e interpretação de dados gerados pelo exame de documentos e registros em um estudo específico. Nela o pesquisador deverá orientar sua atenção não só para o conteúdo manifesto, mas tentar descobrir o seu conteúdo latente, ou seja, as características estruturais e históricas do fenômeno social estudado.

As fontes documentais são classificadas em três tipos: os documentos primários são os escritos por aqueles que testemunharam os acontecimentos descritos, são consideradas representações mais acuradas da realidade observada, em função da proximidade do fato, em termos de tempo e de espaço; os secundários, compreendidos como os produzidos após o evento estudado; os terciários, que são os documentos que são usados para dar suporte ao estudo, tais como artigos científicos, livros ou outros identificados pelo pesquisador.

Nesta etapa da pesquisa examinou-se: o Plano Municipal de Saúde 2010-2013; o Relatório Anual de Gestão dos anos de 2009, 2010 e 2011; Relatório Final das Conferências Municipais de Saúde de 2009 e 2011; Protocolo de Acesso da Central de Regulação, Protocolo Operacional da Central de Regulação; Cartilha do Modelo de Atenção Recife em Defesa da Vida, Cartilha de Acolhimento; Política de

Saúde Bucal 2011; os artigos publicados na revista Divulgação Saúde em Debate em 2009 e 2012.

O Diário de campo, em nossa pesquisa, foi fruto do vivenciado na investigação, ou seja, da incorporação ao grupo e à realidade estudada. Consiste em anotações de impressões, conversas, discussões institucionais, apresentações realizadas sobre temas relacionados à Regulação do Acesso na rede municipal de saúde, debates temáticos, plenárias e discussão de casos gerenciais no período estudado. Foi realizado pelo próprio pesquisador no cotidiano institucional, caracterizando anotações separadas e sistematizadas por ano de pesquisa: 2009, 2010 e 2011.

3.4.2 Entrevistas semiestruturadas

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, sendo eles gestores e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, envolvidos nas áreas de regulação e assistência à saúde nos níveis local, regional e central do município. Os entrevistados foram selecionados em função do conhecimento e do papel que desempenharam em relação ao tema pesquisado, entre os anos de 2009 e 2012. Entre eles, profissionais dos serviços de atenção básica e especializada, técnicos de regulação nos Distritos Sanitários, profissionais que operam as centrais de regulação e as referências técnicas das diretorias elencadas.

Inicialmente estimamos em 15 entrevistados, mas só nos consideramos satisfeitos na entrevista de número 18, quando então percebemos a saturação das informações fornecidas. Foram realizadas entre os meses de agosto e novembro de 2013, nos locais de trabalho de cada entrevistado. Os informantes, foram assim distribuídos:

- a) Gestores de nível central e distrital, das áreas de atenção à saúde e regulação do sistema municipal de saúde, em número de 5;
- b) Gestores da Central de Regulação Municipal e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em número de 3;
- c) Trabalhadores das Centrais Distritais de Regulação, em número de 2;
- d) Trabalhadores da rede básica de saúde e dos serviços especializados do município, em número de 5 e 3 respectivamente, totalizando 8 sujeitos.

Utilizamos para as entrevistas um roteiro (Apêndice A), orientado pelos objetivos da pesquisa, que foi reproduzido, em linhas gerais, com todos os informantes. O roteiro foi composto de perguntas abertas sobre tópicos relevantes, seguindo uma lista que permitisse que um tópico naturalmente conduzisse ao outro (CZERESNIA et al., 1995).

O roteiro é instrumento para orientar uma conversa com finalidade, que é a entrevista; ele deve ser facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. O roteiro é sempre um guia e nunca um obstáculo... (MINAYO, 1999).

Alguns cuidados, foram observados no ato da entrevista, tais como: primeiro reservando local e horário; segundo devendo se comportar o mais informal possível, para aproximação do ambiente e das pessoas; depois gravando e evitando anotações durante a entrevista. Ela foi precedida pela autorização, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por parte do entrevistado.

As entrevistas duraram no máximo quarenta minutos e foram conduzidas pelo pesquisador que registrou o desenvolvimento de cada uma. Assim, é importante ressaltar que a técnica de entrevista, além de ser um instrumento valioso de coleta de informações, é também resultado da interação entre pesquisadores e pesquisados, uma vez que as informações fornecidas podem ser afetadas pela natureza da relação entre esses sujeitos sociais.

Cada entrevistado recebeu um código numérico, de conhecimento restrito do pesquisador, para garantir o anonimato e a confidencialidade dos dados. A transcrição das fitas das entrevistas foi realizada pelo pesquisador, por meio da escuta cuidadosa das gravações, com o objetivo de, através dela, retomar o contexto, as emoções e os envolvimento que permearam o decorrer de cada entrevista e assim transformar o resultado em mais que um mero documento escrito.

3.5 Análise, categorização e Interpretação

Testa (1992) aponta como uma grande tendência metodológica, uma sequência de fases, nas quais é realizado um duplo movimento conceitual. A primeira fase consiste na observação da realidade, tal como aparece aos nossos sentidos. A partir desta observação, realiza-se uma reflexão que identifica conceitualmente os elementos componentes do problema a ser estudado; portanto

esta primeira fase é um processo de abstração seguido pela análise e/ou manipulação de partes dos componentes, ordenados de uma maneira que precise seu comportamento. Por fim, realiza-se um segundo movimento que reconstrói o objeto inicial, com base em uma reconceituação que lhe devolve a integridade, tendo descoberto nele a composição de suas determinações. Há uma grande dificuldade em separar o método do conteúdo do estudo, isso acontece porque, ao realizar o processo de abstração, a partir do qual são identificados suas categorias analíticas, essas vão determinar as formas subseqüentes do procedimento analítico.

A análise de material qualitativo, em geral, se faz por aproximações sucessivas, por meio de categorização. Minayo (1999), admite classificar o conjunto de depoimentos e registros de observação a partir dos atores, dos grupos ou por tipo de instrumento utilizado. Afirma que pode-se, também, partir das questões gerais da pesquisa, transformadas em perguntas ou tópicos. Neste último caso pode-se classificar o material coletado em relação:

- a) às imagens suscitadas nos diferentes atores;
- b) às mudanças atribuídas à sua implementação, pelos atores;
- c) aos limites impostos pela sua operacionalização;
- d) às condições necessárias para que as metas sejam atingidas ou solidificadas;
- e) às críticas que lhe são dirigidas pelos diferentes atores;
- f) às expectativas para ações futuras.

A definição de como se processará a análise está diretamente relacionada às opções do pesquisador. Não raro, no entanto, o pesquisador se depara com grandes dificuldades nesse momento. Neste estudo, optou-se pela técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin (2004), trabalha com mensagens, onde o objeto de trabalho é a fala, a palavra emitida e seus significados, nem sempre aparentes. Nessa abordagem cada entrevista sempre será única, formando um todo original, que também será parte de um todo composto pelo total de entrevistas realizadas, estando elas calcadas em um objeto focalizado.

De posse do primeiro substrato, foi utilizada técnica de condensação de significados (KVALE, 1996). Para organização e análise das entrevistas foram realizadas as seguintes atividades:

- a) Leituras cuidadosas e exaustivas das entrevistas com a finalidade de

- compreender o sentido do todo;
- b) Identificação das unidades de significados naturais conforme expressas pelos sujeitos;
 - c) Definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível, construídos a partir da compreensão do que foi expresso na entrevista;
 - d) Questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo;
 - e) Descrição essencial dos temas identificados na entrevista, relacionando-os aos objetivos da pesquisa.

A categoria analítica seria uma abstração realizada com base no exame de uma realidade, embora um exame parcial que pode incluir imprecisões e ambiguidades, mas que está fundamentado em experiências concretas, cuja importância é primordial para a investigação, porque não só determina sua orientação geral, como permite sua interpretação correta (TESTA, 1992).

Usaremos os conceitos de diretrizes, arranjos e dispositivos, para nos ajudar a desvendar as categorias de análise:

- a) Diretrizes: entende-se como as orientações gerais de uma determinada política (BRASIL, 2006).
- b) Arranjos: são formas de organização que possam ser institucionalizadas, ou seja, têm certa estruturação e permanência (CAMPOS, 2003).
- c) Dispositivos: buscam subverter as linhas de poder instituídas, sendo essa função definida posteriormente (CAMPOS, 2003).

Portanto, a definição das categorias de análise é importante para o ordenamento do trabalho empírico, como também para interrogarmos a realidade a cada nova evidência e assim sucessivamente. Propomos as seguintes categorias de análise:

- a) **Diretrizes para atenção e gestão:** garantia de acesso/acolhimento na atenção básica, desenho da rede de atenção à saúde, relação dos serviços especializados com a atenção básica, gestão do território, pactuação territorial dos fluxos assistenciais, relação com os serviços estaduais no território do Recife.

- b) **Arranjos e dispositivos propostos:** acolhimento com classificação de risco/vulnerabilidade nas UBS e urgências, apoio especializado matricial, central de regulação ambulatorial e hospitalar, central de regulação de urgências.

A interpretação das informações categorizadas, busca o sentido das falas e das ações para além dos limites do que é descrito. Segundo Minayo (2006), na pesquisa qualitativa, a interpretação é o ponto de partida, porque se inicia com as próprias interpretações dos autores e o ponto de chegada seria a interpretação das interpretações.

3.6 A narrativa para apresentar os resultados e fazer a discussão

A narrativa será utilizada como técnica para desenvolvimento do texto na discussão e apresentação dos resultados. Ela será utilizada como forma de obter acesso aos sentidos atribuídos à experiência dos indivíduos, bem como de seus esquemas interpretativos no que concerne a realidade da vida cotidiana. Mostra-se, portanto, intrinsecamente relacionada à estrutura da experiência: um contexto e dado que os acontecimentos são sequenciais e terminam em um determinado ponto e inclui um tipo de avaliação do resultado (COELHO, 2006).

Durante a narrativa, o passado, o presente e o futuro são articulados. Quando as pessoas narram suas experiências, podem não só relatar e recontar essas experiências e os eventos sob um olhar do presente. Elas podem também projetar atividades e experiências para o futuro. No ato de narrar, novos acontecimentos propiciarão novas reflexões sobre experiências subjetivas, conduzindo remodelações de perspectivas anteriores.

Assim, através da narrativa da experiência vivida pelo pesquisador e pelos entrevistados, considera-se possível a aproximação da realidade e a percepção da mudança a partir da implementação dos arranjos e dispositivos citados.

Por ser uma abordagem que valoriza o imponderável contido nos símbolos e nas representações sociais, a perspectiva qualitativa admite uma abertura ao imprevisto, uma vez que a realidade é sempre maior do que aquilo que o investigador espera encontrar. Neste esquema, a metodologia tem que ser suficientemente flexível para se conformar à realidade e não o contrário (MASSELI, 2001).

3.7 Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi submetido à Secretaria de Saúde do município do Recife, para assinatura de carta de anuência da instituição. A mesma foi emitida em 14/11/2012, autorizando a desenvolver a pesquisa e encontra-se em anexo. Foi observado e cumprido o que determina a resolução do Conselho Nacional de Saúde número 196/96.

Foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido para coleta de depoimento e anuência dos sujeitos da pesquisa, que se submeteram à entrevista semi-estruturada, com formato em anexo.

O Projeto teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM em maio de 2013.

3.8 Recife: O cenário da pesquisa

A cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, ocupa uma posição central no litoral nordestino, ficando a cerca de 800 km das outras duas metrópoles regionais, Salvador e Fortaleza. Surgiu em 1537 como uma aldeia de pescadores e incorporou atividades portuárias, sofrendo várias mutações no decorrer de sua história.

No seu processo de urbanização foram marcantes as transformações econômicas, sociais, políticas e culturais que transcorreram, em vários níveis, durante a construção do espaço urbano. A cidade cresceu através das atividades ligadas ao porto e às fábricas do setor açucareiro. Além disso, sua favorável posição geográfica possibilitou, entre outros fatores, o seu desenvolvimento comercial e industrial (BASTOS, 2009).

Após a segunda Guerra Mundial, o Recife passou a receber um maior incremento populacional, isto em decorrência da ampliação do mercado de trabalho na indústria e no comércio, assim como pela piora das condições de vida no campo, havendo assim a concentração de populações nos mangues e alagados.

Na década de 60, com o inchaço populacional e a valorização da terra na capital, iniciou-se um processo de aterramento e loteamento dos mangues, provocando a expulsão de milhares de famílias, que passaram a se estabelecer nas periferias e áreas de morro da cidade. É importante dizer que, até hoje, restam áreas

com moradores que resistiram a esse deslocamento (BASTOS, 2009).

Esses fatos levaram a situação atual em que se encontra o Recife, apresentando-se como uma cidade heterogênea, com grandes desigualdades sociais e onde, diferentemente de outras grandes cidades brasileiras, a segregação geográfica não foi completa: populações de diferentes condições de vida convivem lado a lado com outras que possuem condições mínimas de sobrevivência.

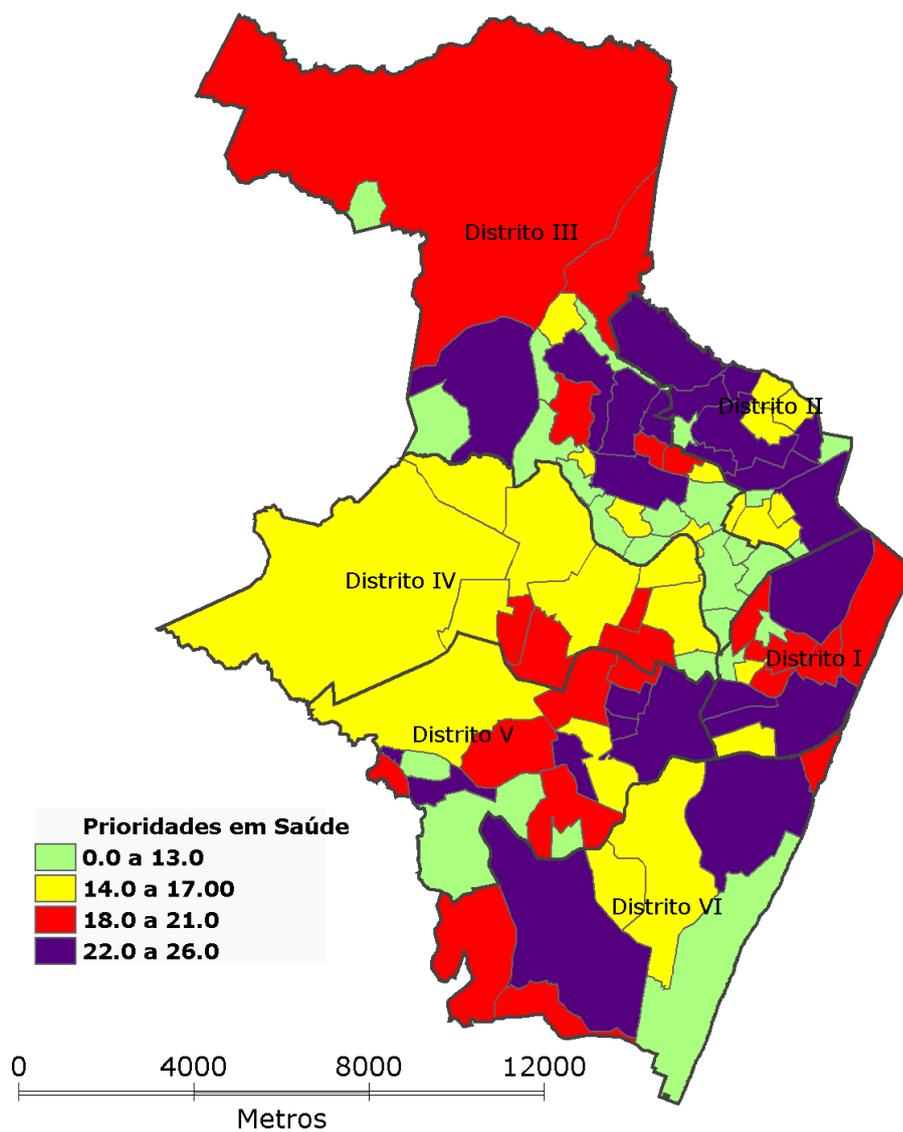
O Recife apresenta uma superfície territorial de 217,5 km² e limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe, e a leste com o Oceano Atlântico. Com uma composição territorial diversificada (morros - 67,43%; planícies - 23,26%; alagados - 9,31%; Zonas Especiais de Preservação Ambiental - ZEPAs: 5,58%), a cidade está dividida em 94 bairros, estes subdivididos em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA). Para o setor da Saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (DS): DS I (centro: 11 bairros); DS II (norte: 18 bairros); DS III (noroeste: 29 bairros); DS IV (oeste: 12 bairros); DS V (sudoeste: 16 bairros); DS VI (sul: 8 bairros).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), Recife possuía, naquele ano, 1.537.704 habitantes; o que resulta em uma densidade demográfica de 7.180 hab/km². Compunha com outros 13 municípios a Região Metropolitana do Recife, com uma população total de 3.743.854 habitantes. A composição etária tinha, na faixa de 0 a 14 anos, 26% da população; enquanto a de 15 a 64 anos conta com 67% e a acima de 64 anos com 7% do total.

A distribuição geográfica desta população dentro do território municipal apresenta um padrão diversificado de ocupação. O Distrito Sanitário VI é o mais populoso com 24,86% da população de Recife residindo nesta região e o Distrito Sanitário I é o menos populoso com 5,49%. Com relação aos bairros, destacam-se os bairros de Boa Viagem, Cohab, Várzea, Iputinga, Imbiribeira e Água Fria como os mais populosos e Pau Ferro, Paissandu, Santo Antônio, Cidade Universitária, Torreão e o Bairro do Recife como menos populosos.

Na página seguinte, no mapa, é possível observar a divisão dos bairros do município em 4 estratos, definidos através de um indicador composto denominado de Índice de Condições de Vida (ICV). Nele são considerados: coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por doença hipertensiva, coeficiente de mortalidade por Tuberculose, coeficiente de detecção de Hanseníase, coeficiente

de detecção de Tuberculose, coeficiente de detecção de sífilis congênita, Proporção de população que reside em áreas de interesse social. Esse indicador foi concebido no ano de 2009, para orientar a gestão municipal no que diz respeito à definição de prioridades em saúde, tendo as áreas tingidas em roxo e vermelho sido classificadas como “prioritárias” (RECIFE, 2009).



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (RECIFE, 2009)

Figura 1. Índice de Condições de Vida (ICV).

O município do Recife evidenciou em 12 anos uma importante expansão da rede de saúde: ampliação da cobertura da atenção básica, ampliação do número de maternidades e policlínicas, estabelecimento de programas e políticas de saúde relacionadas à saúde da mulher, criança e adolescente, atenção ao adulto e idoso, programas de controle a agravos prevalentes na cidade, ampliação da rede de saúde mental e implantação do programa Academia da Cidade (COELHO; COUTO, 2009).

A rede básica de saúde na Cidade do Recife, em 2011, era composta por 121 Unidades de Saúde da Família (USF), comportando 252 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 133 Equipes de Saúde Bucal (ESB), e por 22 Unidades Básicas Tradicionais (Centros de Saúde), alcançando uma cobertura de 60% da população (Figura 2). Além disso, conta com 20 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 2 Núcleos de Apoio às Práticas Integrativas (NAPI). Veremos a seguir, o quadro com os serviços da rede municipal de saúde.

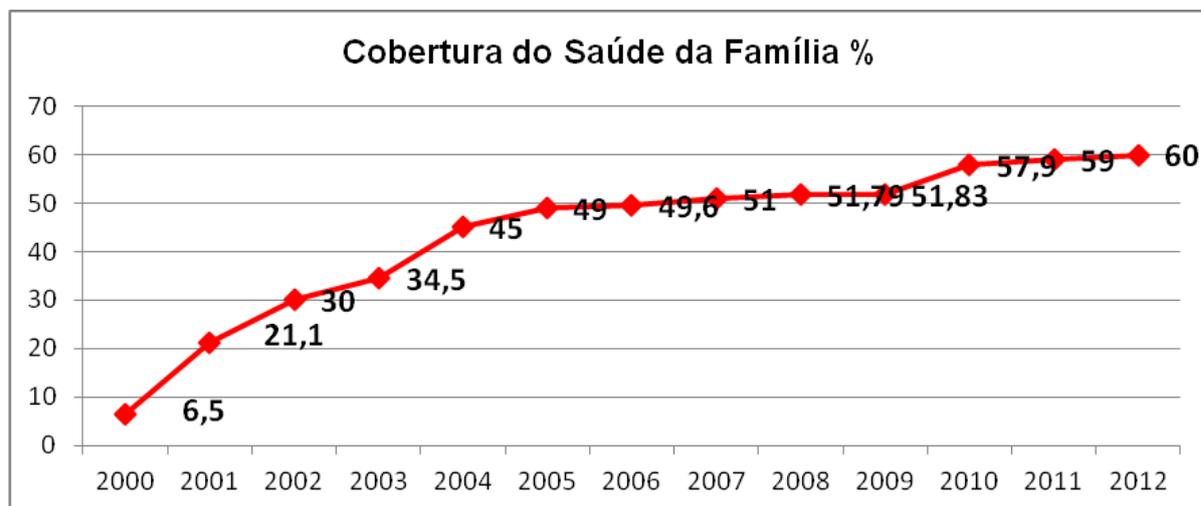
Quadro 1. Serviços da Rede de Saúde do Recife

Rede Própria	Distrito						Total
	I	II	III	IV	V	VI	
Unidades da saúde da Família	9	18	24	19	15	34	119
Equipes de Saúde da Família	15	43	46	39	31	77	251
Equipes de Saúde Bucal	8	22	24	22	16	40	132
Equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	2	3	4	3	3	5	20
Equipes de Núcleos de Apoio às Práticas Integrativas (NAPI)	0	1	1	0	0	0	2
Equipes Básicas de Serviço de Assistência Domiciliar – SAD	1	1	3	2	2	3	12
Equipes de PACS	3	4	6	4	6	5	28
Agentes de Saúde Ambiental	102*	117	166	123	119	206	731
Agentes Comunitários de Saúde	94	330	388	263	248	423	1746
Unidades Tradicionais	1	2	6	3	5	6	23
Polos da Academia da Cidade	3	3	4	4	2	5	21
Farmácia da Família	0	2	2	1	2	2	9
Centro de Atenção Psicossocial	2	3	3	2	4	3	17
Albergues terapêuticos	1	1	0	1	0	1	4
Residências Terapêuticas	0	4	2	5	3	3	17
Centro de Especialidades Odontológicas – CEO	1	1	1	1	1	1	6
Policlínica com SPA	0	1	1	0	1	1	4
Policlínica sem SPA	3	0	2	1	0	1	7
Maternidades/policlínica com SPA	0	0	1	0	0	1	2
Maternidades sem SPA	0	0	0	0	1	0	1

Hospital Pediátrico com SPA	0	0	1	0	1	0	2
Unidades Especializadas	5	1	2	0	0	0	8
Rede Conveniada							
Unidades de Diagnóstico e Exames	11	1	7	2	0	1	22
Clínica Oftalmológica	4	0	1	0	0	0	5
Clínica de Reabilitação e Fisioterapia	5	1	1	1	1	0	9
Hospital Psiquiátrico	2	0	0	2	0	1	5
Hospital Geral	2	0	2	0	1	0	5

Fonte: Recife (2011).

Como citado anteriormente, a década de 2000 marcou a rede municipal de saúde pela expansão da atenção básica, através da estratégia saúde da família, como expressa o gráfico abaixo:



Fonte: Recife (2010)

Gráfico 1. Cobertura do Saúde da Família

Esse aumento de cobertura, foi acompanhado até o ano 2009, por orientações gerais de funcionamento, numa lógica programática e voltada para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Considerando que os municípios pioneiros, na região Nordeste, na implantação do Programa de Saúde da Família, o fizeram na década de 1990, podemos afirmar que o Recife parte com atraso, na busca pela universalidade do acesso.

É bom destacar que Unidades Básicas em formato tradicional, também existiam, muito embora tenham sido relegadas ao esquecimento, até que fossem transformadas, um dia, em Unidades de Saúde da Família. Esse ciclo é interrompido em 2009, quando estas unidades remanescentes são incorporadas ao modelo de

atenção proposto, como descreveremos a seguir. Além da rede sob gestão municipal, em Recife também se encontrava em 2010, um conjunto de 13 hospitais sob gestão estadual:

- a) Sete da rede própria, sendo três voltados para o atendimento às emergências: um especializado em cardiologia e obstetria; um nas áreas materno-infantil, clínica médica, oncologia e cirurgia vascular; um especializado em infectologia e um hospital psiquiátrico;
- b) Três ligados à Universidade Estadual, sendo um especializado em cardiologia, uma maternidade e um hospital geral com atendimento em especialidades clínicas e cirúrgicas;
- c) O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, com atendimento nas diversas áreas, incluindo a materno-infantil e especialidades clínicas e cirúrgicas;
- d) Um grande hospital filantrópico e de ensino, que conta com maternidade de alto risco, pediatria, oncologia, cardiologia, especialidades cirúrgicas, serviço de transplantes e hemodiálise;
- e) Um Centro de Atenção Oncológica, o maior do estado, que foi filantrópico e estava sob intervenção estadual desde 2007.

Nesse mesmo ano é inaugurada, por parte do Governo do Estado, a primeira Unidade de Pronto Atendimento (UPA), das cinco que seriam abertas até final de 2011. Isso foi fruto de uma pactuação feita na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em 2008, definindo que elas seriam estaduais em Pernambuco. A implantação destas unidades, contou com incentivos federais, para construção e custeio.

Além de trazerem o aumento de portas de urgência ao território, que já contava com cinco serviços de pronto-atendimento, a implantação se deu sem diálogo com o gestor municipal. As UPA's vieram se somar aos 60% da oferta especializada ambulatorial do SUS no município, que já era de gestão estadual. Também foram os primeiros serviços administrados por Organizações Sociais (OS), trazendo mais esse elemento para a gestão do SUS na cidade.

A oferta estadual não esteve disponível, no período estudado, através de nenhum mecanismo de regulação do acesso, à demanda da atenção básica ou de qualquer serviço do SUS sob gestão municipal. A forma de acesso utilizada pela população, era a demanda espontânea nas emergências dos hospitais ou o

encaminhamento, via Central de Leitos Estadual, para alguma UPA, para de lá ser solicitada a internação.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) continua a ser de gestão municipal, desde a sua criação em 2002; em 2006 passou a regular também as bases dos municípios da RMR. No entanto a regulação que é feita é da situação de resgate, pois a atribuição de regular o fluxo para as emergências dos grandes hospitais é da Central de Leitos do Estado (CLE). Além do SAMU e CLE, o Corpo de Bombeiros também possui uma central própria, para regulação pré-hospitalar.

4 RECIFE: ENTRE A TRADIÇÃO E A MUDANÇA

4.1 O Ponto de Partida para a Mudança

Dando sequência ao relato anterior, o município do Recife, no período de 2000 a 2008, viveu intensa expansão da rede de saúde no seu território: ampliou a Estratégia Saúde da Família, como forma de estruturar a atenção básica à saúde. As ações intersetoriais de vigilância em saúde foram amplamente incentivadas e se mostraram com presença nos territórios. A Educação em Saúde ganharam destaque nas atividades da atenção básica e programas como a Academia da Cidade ganharam expressão nacional.

Essa experiência vinha no sentido de inverter a cultura do setor saúde da cidade, centrada na atenção hospitalar e na concentração de serviços públicos especializados de referência para a população de todo o estado de Pernambuco. Em virtude disso, uma expressiva parcela da população da Região Metropolitana e do interior sempre se dirigiu à capital, em busca de atendimento. Essa realidade também se expressava em uma grande presença da gestão estadual do SUS na execução de serviços no território da capital, o que a caracteriza, até hoje, como um território de saúde com comando duplo.

Portanto, montar uma rede de serviços, que funcione à partir da atenção básica e que seja voltada para o munícipe do Recife era um desafio que foi enfrentado e que teve, por parte da população da cidade um grande reconhecimento, expresso, por exemplo, em campanhas eleitorais que se deram dentro desse período de oito anos. Podemos afirmar que tivemos o início da afirmação de uma nova tradição na cidade, expressa pelo campo da Saúde Coletiva, já reconhecido de algum tempo por sua produção acadêmica e participação no movimento de Reforma Sanitária.

Ao término desses oito anos, a campanha eleitoral para a prefeitura expôs o que já se notava no interior da rede municipal e nas comunidades do Recife: o projeto em andamento carecia de renovação, o que tinha sido instituído demonstrava seus limites, tanto do que tinha sido proposto no passado, quanto na deterioração de programas que, até então eram considerados vitrine da gestão municipal, como o Programa de Saúde Ambiental e a própria Estratégia de Saúde da Família. Com base nisso, há a recondução da mesma aliança política ao poder

municipal, mas com o compromisso expresso em campanha, de qualificação da gestão da saúde, de seus serviços e programas.

Apesar de toda a expansão relatada na rede municipal, em 2009 existia uma preocupação com a baixa resolutividade do sistema, desarticulação entre os serviços da rede municipal e destes com a rede pública sob gestão estadual e fragmentação das ações de saúde. Essa preocupação, somava-se ao desejo de incentivar uma prática clínica voltada para os sujeitos trabalhador e usuário, bem como de reformular a saúde coletiva, até então centrada em ações programáticas e com baixa incorporação de práticas de educação em saúde. Isso fez com que em 2009, a Secretaria de Saúde do Recife lançasse a proposta de modelo de atenção e gestão “Recife em Defesa da Vida”.

Essa denominação remetia para a necessidade de colocar o sujeito e sua relação com o mundo no centro, valorizando a incorporação de fatores subjetivos, sociais e culturais relacionados à complexidade dos problemas sanitários. Encarar o desafio de mudar a organização em torno de outra sociabilidade, facilitando a modificação das relações entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários dentro de um território vivo que reconhecesse a circulação de afeto, poder e saber entre as pessoas.

Em 2010, acrescenta-se as diretrizes a necessidade de reforçar a articulação dos serviços em rede, integrando-os e estimulando outro padrão de comunicação entre eles. Veremos adiante que os conteúdos dos documentos que estudamos, foram sendo reformulados ao longo dos três anos, em função de reflexões do colegiado gestor da Secretaria de Saúde, de duas Conferências Municipais de Saúde, dos encontros com a rede e da interação com as rodas de trabalhadores e usuários.

Foram diretrizes da nova política de saúde proposta para a cidade: a valorização da atenção básica com capacidade para resolver problemas individuais e coletivos, sendo coordenadora de uma rede de atenção; a articulação dos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, garantindo o acesso e a continuidade da assistência; a adoção de outras práticas em saúde como assistência domiciliar, serviços funcionando à partir de equipes de referência, apoio matricial e cogestão; forte trabalho de desinstitucionalização em saúde mental e estímulo ao trabalho interdisciplinar para elaboração de projetos terapêuticos.

A Secretaria de Saúde passou por uma mudança parcial do quadro de dirigentes e consonante com o projeto político apresentado à população, inicia o ano de 2009 com um intenso debate interno, com vistas a elaborar uma proposta de reforma da política municipal de saúde. A percepção construída inicialmente, era de que precisava mais do que aumentar a oferta de procedimentos na rede existente. As primeiras diretrizes que são apontadas, têm entre elas o compromisso com a produção de sujeitos e de uma atenção que buscasse a promoção da saúde, articulada ao atendimento às demandas por assistência e que isso acontecesse incluindo as potencialidades do território.

Buscar-se ia superar a racionalidade médico-centrada das práticas de saúde, para constituir uma nova clínica e uma nova saúde coletiva, cuja centralidade fosse deslocada para o trabalho interdisciplinar, incluindo o usuário o quanto sujeito. Mas como fazer isso?

Além de assumir a atenção básica enquanto coordenadora da rede municipal, o que ainda exigia uma expansão de serviços, apostou-se na implantação de um novo modelo de atenção e gestão, tendo sido denominado “Recife em Defesa da Vida”. Fica clara a influência do conjunto de reflexões e propostas feitas por Campos (2003), como Paidéia e do método “Para Análise e Cogestão de Coletivos”.

A área da Secretaria responsável pela assistência à saúde foi reestruturada, incorporando na sua atuação o Apoio Institucional aos serviços da rede municipal, para trabalhar as diretrizes que o modelo oferta às equipes. Era formado por profissionais de carreira municipal, que introduziram as diretrizes da Cogestão, do Acolhimento, da Clínica e da Saúde Coletiva Ampliada, do Apoio Matricial e do funcionamento em Rede. As outras áreas, como a de Regulação, também tiveram seus processos internos revistos, com o objetivo de compatibilizar ações e características com as diretrizes propostas.

É a partir daí que se propõe que todos os serviços especializados, públicos ou da rede complementar, tenham sua oferta inserida em uma Central de Regulação, que foi descentralizada, passando a ter uma em cada Distrito Sanitário. Junto com isso são elaboradas orientações quanto à marcação e organização da agenda no nível local. Portanto a regulação passou a ser interlocutora privilegiada da atenção básica, na sua relação com os serviços especializados.

A estrutura administrativa da cidade subdividia cada Distrito em três microrregiões, o que somava dezoito, tendo sido implantados os Fóruns de

Microrregião em todas elas, com objetivo de reunir trabalhadores e gestores uma vez por mês e discutir os problemas do cotidiano da rede municipal. Isso deu capilaridade ao projeto, acontecendo durante os três anos pesquisados, possibilitando o seu aperfeiçoamento no contato com o cotidiano das equipes. A constituição de colegiados gestores nas diretorias e distritos sanitários, as reuniões com a comunidade com a presença efetiva de representantes da gestão, como também presentes de forma sistemática nos serviços da rede contribuíram pra dar sustentabilidade à proposta. Dessa interação, com o concreto dos serviços de saúde e da disposição em manter olhar crítico e o reencantamento com o SUS, surgem novas possibilidades.

O que se tinha proposto inicialmente vai se modificando e assumindo novos contornos, por exemplo, já não era mais o acolhimento o quanto diretriz municipal, mas a diretriz na qual cabia diversas formas de fazer. Era o acolhimento da USF Engenho do Meio, em parte feito coletivamente no períodos mais movimentados do dia no serviço ou o da USF Córrego da Bica feito através de escala em que todos os profissionais se revezavam para receber a demanda não agendada e assim por diante.

Esse movimento instituinte veio também para fortalecer experiências vitoriosas desenvolvidas nos anos anteriores, fruto da tradição da Saúde Coletiva pernambucana, como os “Forinhos Regionais”, articulados pelo Programa de Saúde Ambiental. Trata-se de uma ação que envolvia múltiplos atores de diversos setores do poder público e da sociedade organizada no território, como Assistência Social, Limpeza Urbana, Educação, Empresa de Saneamento, Associações de Moradores, entre outros, com alto poder de mobilização social. Esse dispositivo foi responsável pelo delineamento de estratégias compartilhadas de controle da Filariose, do combate à Dengue e à Leptospirose; disparando mutirões de limpeza, ações educativas, parcerias no cotidiano do convívio nos territórios.

Um programa que se destacou e que tem origem em 2002 é o Academia da Cidade. Além de todo o movimento que vinha produzindo no território, ajudando a ressignificar a relação das pessoas com o espaço urbano, potencializando a autonomia dos participantes para o auto-cuidado. Também incorpora a diretriz do apoio matricial à rede básica e de saúde mental, passando a compor projetos terapêuticos de forma interdisciplinar, voltados para os pacientes atendidos na unidade de saúde.

Um incremento na oferta de serviços surgiu com a implantação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) e do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), criados em 2010. Tais iniciativas passaram a apoiar a horizontalização e o matriciamento do cuidado em rede, ampliando-se o vínculo e a solidariedade também entre as unidades de saúde. Essas duas iniciativas tiveram eventos que comemoraram um ano de existência, onde foram divulgados casos com acompanhamento exitoso e discutido seu desempenho com os trabalhadores envolvidos e convidados das Universidades.

Um marco na proposição do novo modelo de atenção para a saúde da cidade, aconteceu maio de 2009, com a publicação do artigo na revista “Saúde em Debate” do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), intitulado: “O modelo de atenção e gestão em Recife: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no Sistema Único de Saúde”; de autoria de Couto e Coêlho, respectivamente Secretário de Saúde e Diretora de Atenção à Saúde do Recife. Nele é divulgado as bases para um novo modelo de atenção denominado “Recife em Defesa da Vida.

Partindo das diretrizes de atenção e gestão no município do Recife, várias ações foram disparadas. As diretrizes de reorganização da atenção e gestão, precisa incluir os sujeitos reais que vivem e trabalham nos territórios, sendo considerados somente cidades e ambientes saudáveis, preenchido por gente. Assim, a atenção básica, urgência e emergência, especializada e hospitalar estão sendo mudadas com arranjos e dispositivos baseados nessas diretrizes (COÊLHO; COUTO, 2009, p.116).

A Secretaria de Saúde do Município parte do princípio de que não há modelo ideal para todo o SUS. Tampouco existiria o modelo superior em todos os aspectos, que daria conta de todos os conceitos estruturantes de um novo paradigma e superaria as outras formas de organizar a atenção. Trabalha-se a ideia dialética que nesses modelos, os quais são arranjos variáveis de recursos objetivando incrementar a produção de saúde, esse movimento “paradoxal” também existiria, juntando o novo com o tradicional e ampliando o que se tem instituído e dá certo, mas também rompendo e reinventando a partir de um novo referencial (CAMPOS, 2003).

Um pressuposto, expresso no artigo, é que as instituições em saúde gozam de relativa autonomia na definição de sua agenda e com isso os espaços de gestão setorial em saúde proporcionam aos agentes gradientes de autonomia no processo de formulação e definição de prioridades. Como decorrência dessa autonomia os

gestores podem assumir, em função do contexto institucional, uma influência decisiva na definição do modelo de atenção e na dinâmica de gestão institucional. Isso tem um significado fundamental para essa proposta de estudo que analisa a mudança a partir das apostas em como operar os princípios e diretrizes do SUS e requer enfrentamento por parte das gestões de formas tradicionais e pouco inovadoras do fazer em saúde. Essa é a discussão sobre os modelos de gestão e atenção enquanto novos modos de fazer, de operar a partir de uma aposta ético-estético-política (BRASIL, 2004; VASCONCELOS, 2005).

Questões que se colocavam para análise da viabilidade da proposta, era de que o discurso sanitário hegemônico, fundado na idolatria do estado e nas explicitações macroestruturais, não mudou e perdeu seu caráter utópico, não encontrando ressonância nos protagonistas da gestão, sem oferecer respostas pragmáticas para lidar com os desafios da gestão cotidiana em saúde (VASCONCELOS, 2005).

Revisitar essa publicação, quatro anos depois, nos evidencia a busca da mudança, a partir de novos modos de fazer e operar na rede SUS. A tentativa era de perseguir essas mudanças, no sentido de inovações institucionais, sem se imobilizar pelo contexto estrutural do SUS e também ir além da chamada “mudança normal”, não limitando-se à repetição e à melhoria com base em alterações normativas pontuais, fragmentadas e graduais (SANTOS, 2000).

O mesmo artigo relata que as diretrizes foram definidas em Colegiado Gestor da SMS, com a presença da equipe gerencial do nível central e dos distritos sanitários, como segue:

- a) a busca por maior eficácia, se referindo a resultados concretos em cada sistema, serviço, programa, equipe, deveria reorganizar-se para melhorar a capacidade de promover, prevenir, curar, reabilitar e aliviar o sofrimento;
- b) aumentar a capacidade de gestores e equipes para estabelecer compromissos e contratos com equipes, usuários, famílias e comunidades;
- c) produzir menor dano possível em toda a rede, mas principalmente na necessidade de inclusão do outro na construção de planos terapêuticos, diminuindo intervenções desnecessárias;

- d) a busca do efeito da integralidade, combinando produção de saúde e ampliação do grau de autonomia de usuários e trabalhadores (CAMPOS, 2003; COELHO; COUTO, 2009).

Sobre a oferta de arranjos e dispositivos institucionais para mudança na saúde, a SMS Recife propôs em janeiro de 2009 (COELHO; COUTO, 2009) uma reformulação da atenção baseada em novas possibilidades, como apresentadas a seguir.

4.1.1 Na atenção básica:

- a) Organização do acolhimento de modo a promover a ampliação do acesso ao sistema, compreendendo a atenção básica como coordenadora das ações no território e a partir dela a definição de prioridades para ordenamento da rede, eliminando filas, organizando a atendimento com base no risco/vulnerabilidade e ampliando a capacidade de resolver problema;
- b) Reorganização do trabalho em equipe a partir do apoio institucional, valorizando os saberes e práticas dos diferentes profissionais e ampliando a equipe clássica da estratégia de saúde da família a partir da composição de perfil/especialidade e da demanda característica da área de abrangência com apoio matricial;
- c) Definição do apoio matricial para as ESF a partir dos especialistas das policlínicas com perfil para discussão e atendimento conjunto de pessoas com situações complexas em saúde, a partir da implantação dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF) e Núcleos de Apoio em Práticas Integrativas (NAPI), aproximando as especialidades da atenção básica, melhorando a resolutividade, fortalecendo a clínica através da elaboração de projetos terapêuticos singulares, fortalecendo o vínculo/responsabilização das equipes com usuários;
- d) Fortalecimento das redes de saúde aumentando a capacidade conjunta de soluções e construção de políticas e intervenções intersetoriais;
- e) Fortalecimento da clínica compartilhada e ampliação das ações de saúde coletiva no território, com oferecimento de grupos terapêuticos, temas

relevantes em saúde coletiva, práticas de educação em saúde, práticas integrativas;

- f) Implantação de espaços de escuta para usuários e equipes no cotidiano do trabalho, fortalecendo a participação e ampliando capacidade de análise dos problemas;
- g) Rede de saúde mental centrada no território, incorporando profissionais especializados no apoio/ampliação às equipes da atenção básica;
- h) Territorialização das Unidades Básicas Tradicionais, com definição de equipes de referência, adscrição e vinculação dos usuários e famílias, inclusão nas demais diretrizes para atenção básica;
- i) Apoio Institucional às equipes.

4.1.2 Na atenção especializada:

- a) Garantia de agenda de atendimento em função da análise de risco/vulnerabilidade e das necessidades dos usuários;
- b) Implantação dos protocolos de acesso já construídos, adaptando-os às diretrizes pactuadas de acesso, vínculo terapêutico e clínica ampliada;
- c) Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e incluindo a singularidade das pessoas;
- d) Realização de espaços de escuta aos trabalhadores, com garantia de condições de trabalho e insumos para a prática da clínica compartilhada e implementando apoio especializado matricial como estratégia de fortalecimento da rede de saúde e educação permanente para todos os profissionais;
- e) Garantia de espaços de discussão de caso em situações mais complexas e acionando a rede para corresponsabilização na solução de problemas;
- f) Intervenção priorizando reformulação do processo interno de trabalho e articulação em rede nas policlínicas de referência municipal;
- g) Apoio institucional às equipes.

4.1.3 Na urgência e emergência – incluindo atenção básica, pronto atendimentos, emergências e hospitais pediátricos, SAMU, maternidades municipal:

- a) Demanda acolhida e atendida de acordo com avaliação de risco, garantindo acesso referenciado aos demais níveis de assistência;

- b) Pactuação da rede locorregional de referência e contrarreferência com toda a rede municipal e em cogestão com a gestão estadual;
- c) Central única de regulação das urgências, com grade de referência dos serviços e perfil discutido em conjunto com municípios da região metropolitana;
- d) Criação do colegiado municipal de urgência e definição da Política Municipal de Urgência e Emergência;
- e) Definição da necessidade de municipalização de serviços, hoje sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde para aumento da resolução municipal e fortalecimento da regulação em saúde;
- f) Garantia de resolução garantindo atendimento hospitalar e transferência segura conforme necessidade dos usuários;
- g) Definição de protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando a singularidade dos sujeitos;
- h) Seguimento horizontal do usuário após atenção na rede de urgência e emergência, com contrarreferência para atenção básica;
- i) Apoio institucional às equipes.

4.1.4 Na atenção hospitalar/maternidades:

- a) Garantia de visita aberta, da presença de acompanhante e de sua rede social;
- b) Implantação de acolhimento com classificação de risco na porta de urgência e emergência acolhimento nas demais áreas de acesso ao hospital;
- c) Estabelecimento de equipe de referência para acompanhamento dos pacientes internados e elaboração de projeto terapêutico singular, bem como atendimento às famílias e rede social dos usuários;
- d) Criação de mecanismos do fazer em rede, principalmente na condução de situações mais complexas, bem como a rotina da atenção e gestão dos casos numa continuidade com a atenção básica;
- e) Definição das maternidades municipais com referência territorial para usuárias, incluindo as referências para a atenção ao pré-natal e parto de alto risco;

- f) Reformulação da Clínica com recomposição das escalas de profissionais e inserção das enfermeiras obstétricas em todas as escalas;
- g) Implantação de colegiado de gestão nos serviços com co-responsabilização dos trabalhadores das áreas do hospital;
- h) Implantação de mecanismos de desospitalização e equipe de internação domiciliar vinculada ao hospital e como referência para rede locorregional;
- i) Garantia de gestão clínica e gestão de leitos, realizando co-gestão com a rede estadual para pactuação de ampliação e municipalização de serviços;
- j) Apoio institucional às equipes.

4.1.5 Como diretrizes gerais para a rede:

- a) Requalificação estrutural da rede de serviços;
- b) Informatização com prontuário integrado e telessaúde;
- c) Novo concurso público;
- d) Mesa permanente de negociação, com inclusão de todos os trabalhadores em plano de cargos, carreira e vencimentos, com critérios combinados de avaliação de desempenho em co-gestão com trabalhadores;
- e) Cogestão com rede conveniada com critérios definidos de metas;
- f) Regulação de toda rede especializada com centrais descentralizadas de regulação assistencial com base na necessidade do território;
- g) Integração com rede estadual instituindo cogestão dos serviços no território de Recife e pactuação solidária com municípios da região metropolitana.

Portanto, três anos após o lançamento das novas diretrizes municipais, formulamos a seguinte pergunta: que mudanças foram percebidas por trabalhadores e gestores da saúde no município, no acesso aos serviços da atenção básica e especializada, com a implantação de arranjos e dispositivos de regulação do acesso à assistência à saúde no município do Recife no período de 2009 a 2011?

4.2 A análise Documental

No segundo semestre de 2009 foi realizada a IX Conferência Municipal de Saúde, momento de discussão, aperfeiçoamento e deliberação sobre o modelo proposto para Recife. O produto foi o Plano Municipal de Saúde para o quadriênio 2010-2013, que institucionalizou a denominação “Recife em Defesa da Vida”, como modelo de atenção e definiu cinco diretrizes (RECIFE, 2010):

- a) a valorização da atenção básica com capacidade para resolver problemas individuais e coletivos;
- b) ampliação das ações de promoção e prevenção;
- c) a rearticulação dos serviços de alta complexidade e especializados, segundo padrões de humanização e adoção de outras práticas em saúde como internação domiciliar;
- d) o estabelecimento da atenção segundo linhas de cuidado em equipes de referência, com apoio matricial especializado;
- e) Necessidade de desinstitucionalização na saúde mental e do trabalho transdisciplinar para elaboração de projetos terapêuticos.

A Defesa da Vida revaloriza o cuidado com as pessoas, centrando numa proposta de revisão do modo de funcionar da rede de saúde, sem perder de vista sua finalidade: os trabalhadores da rede de serviços de saúde, os usuários e o próprio fortalecimento do SUS em Recife (RECIFE, 2010).

O Plano Municipal, além de ratificar a proposta de modelo, dando a ela novos contornos definidos pelo controle social, estabelece a necessidade de: qualificar o sistema de cogestão, reconhecendo a responsabilidade de cada ator no processo de gestão; criar um sistema de saúde em rede, que supere o isolamento dos serviços em níveis de atenção; fortalecer e qualificar a atenção básica e ampliá-la como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde; fortalecer o processo de regionalização cooperativa e solidária dentro do município, ampliando o acesso com equidade; considerar a diversidade cultural e desigualdade econômica, bem como as características epidemiológicas para incorporação de recursos e tecnologia; superar a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os profissionais e implantar as diretrizes do acolhimento e da clínica ampliada.

Fica claro quando lemos o texto do Plano que a preocupação dos formuladores era, após oito anos de intensa expansão de serviços na atenção

básica, que a prioridade agora fosse a “qualificação” e o resgate da relação dos gestores com o trabalhadores e isso se daria em torno de um projeto que congregasse propostas para a melhoria do padrão de atendimento nos serviços de saúde municipais.

Dentre os documentos examinados, nos chama atenção o Relatório Anual de Gestão de 2011 (RAG 2011), aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em março de 2012. Nele é feito um balanço dos três primeiros anos de implantação do “Recife em Defesa da Vida”, justamente o período estudado. Além de mostrar várias metas alcançadas no período, fica clara uma mudança de linguagem, no sentido de um aperfeiçoamento da proposta inicial. Por exemplo é declarada a aposta na indissociabilidade entre atenção e gestão, “estando juntos os processos de produção de saúde e fortalecimento dos sujeitos implicados, essa é a marca do modelo Recife em Defesa da Vida” (RECIFE, 2012, p.13).

O desenho de rede operado pelo município, é apresentado em formato circular, nos passando a idéia de horizontalidade, portanto rompendo com a lógica de níveis de atenção ou de “complexidade”, se representados pela pirâmide. Isso acompanhado com apontamentos com relação ao acesso, como: “centralidade no território e no sujeito e a atenção básica como ordenadora da rede de saúde”. A Estratégia de Saúde da Família em Recife é a via preferencial para operacionalizar o modelo, porém é admitida a inclusão de unidades básicas em estilo tradicional, desde que com população adscrita, ou seja, delimitada, vinculada e cadastrada.



Fonte: Recife (2010)

Figura 2. Desenho da Rede

A mudança do modelo de atenção, portanto, tem a necessidade de priorizar a atenção básica em saúde enquanto coordenação do sistema, ou seja, investir na composição da clínica ampliada com ações de saúde coletiva no território. A ideia é incorporar recursos para o fortalecimento das equipes locais de saúde, ampliando a capacidade em resolver problemas individuais e coletivos, além de intervir sobre os mecanismos de produção de doenças. Para isso se faz urgente a implementação das seguintes diretrizes: adscrição da população e vinculação de famílias à Equipe de Saúde da Família e Equipe de Unidade Básica; investir na clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local – projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; acolhimento e responsabilização; cogestão (RECIFE, 2011, p.15).

Em vários documentos examinados, incluindo os relatórios anuais de gestão dos anos 2009 e 2010, é apontado o objetivo, em médio prazo, de implantar o sistema de Equipe Local de Referência para 70% da população, ampliando a cobertura e o acesso, a partir de um programa progressivo que tinha como prioridade as áreas descobertas e incluídas no Mapa de Risco/Vulnerabilidade.

Outro elemento presente nos relatórios e no Plano Municipal é o compromisso com a municipalização e comando único do SUS na cidade; no entanto houve poucos avanços nesse sentido, com incorporação de apenas um hospital estadual, o Hospital Geral de Areias, à gestão municipal. Portanto, em que pese todos os avanços na atenção básica, Recife conclui esse período com treze hospitais públicos sob gestão do ente estadual e sem nenhum acesso regulado à partir da rede municipal.

A Atenção Especializada no município era composta por serviços ambulatoriais, com equipes de especialistas, incluindo exames e procedimentos, oferecidos em unidades polivalentes e regionalizadas por distrito sanitário. A marcação de consulta especializada para a rede complementar, desde 2006, era feita pela Central de Regulação Municipal (CRM) de Consultas e Exames, à partir das unidades básicas. No ano de 2010 iniciou-se a ampliação da regulação para atender a oferta de especialidades da rede própria, passando a cobrir 159 unidades solicitantes dentre as próprias e conveniadas. Em 2010 foi implantada a Central de Regulação Hospitalar, com objetivo de organizar o acesso às cirurgias eletivas de média complexidade.

Em setembro de 2011 a regulação assistencial foi beneficiada com o início de um processo de Informatização da rede de saúde, possibilitando a organização do acesso aos serviços, à partir da atenção básica, pela internet. A meta era que 100% das unidades públicas municipais, de um total de 181, receberiam equipamentos de

informática e passariam a ter acesso a rede mundial de computadores. Inicialmente os sistemas informatizados utilizados nas unidades foram: Sistema de Marcação de Consultas e Exames (SISREG III), Cadastro de Usuários de Saúde – Cartão SUS, Telessaúde e Dispensação Farmacêutica (Horus). Foram adquiridos neste ano, cerca de três mil equipamentos, entre computadores, impressoras e dispositivos de conectividade (RECIFE, 2012).

4.2.1 As cartilhas, orientações à rede e planilhas de monitoramento

Ao longo dos três anos vários documentos para circulação na rede municipal de saúde, com orientação relativa à proposta e modelo de atenção foram produzidos. Podemos dividi-los em relação aos três arranjos/dispositivos estudados:

4.2.1.1 Acolhimento com Classificação de Risco/Vulnerabilidade

A estrutura necessária para implantação nos serviços foi sendo providenciada, observando-se a necessidade pelo nível local, de ter um livro de registro do acolhimento em cada unidade, que tinha o objetivo de servir de observatório do acesso e a partir dele propor correções na sistemática de agendamento de consultas, seleção para visita domiciliar e divulgação de grupos educativos.

Várias equipes resolveram elaborar seus próprios protocolos, outras adaptaram os existentes em outras cidades como Belo Horizonte, Aracaju, Campinas e Cabo de Santo Agostinho. O nível central da Secretaria de Saúde sistematizou essas experiências e elaborou, em conjunto com uma comissão de técnicos da rede básica, recomendações a serem observadas e difundidas junto às Equipes de Saúde da Família.

Houve um esforço também na contratação de pessoal, com o objetivo de diminuir o trabalho burocrático nas ESF, incorporando técnicos administrativos às recepções e farmácias, além de repor o quadro de pessoal das equipes, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde. Isso possibilitou que o Acolhimento não fosse encarado apenas como aumento da carga de trabalho, mas também como uma oportunidade melhorar o funcionamento dos serviços.

Verificamos em um documento denominado “planilha de valiação do modelo”, elaborado em janeiro de 2011, que são relatados como efeitos perceptíveis da implantação do Acolhimento a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo com a comunidade, aumento da satisfação dos trabalhadores e usuários e qualificação do processo de trabalho. O Acolhimento era encarado como uma das formas de perseguir a ampliação da clínica e a facilitação do acesso com o objetivo de produzir saúde de forma integral.

Em processos de mudança, também ocorrem resistências. Neste caso a principal resistência veio da categoria dos Técnicos de Enfermagem, que argumentavam um aumento da sobrecarga de trabalho e em muitos casos não se incorporaram ao esforço das equipes em escutar a todos que procurassem o serviço, mesmo tendo elas a liberdade de inventar seu próprio jeito de fazer. Várias negociações foram feitas, desde aumento salarial, inclusão na mesa permanente de negociações, mudança do padrão de um técnico de enfermagem para dois por equipe em áreas prioritárias, incorporação de ferista e, diante disso, os documentos revelam uma adesão parcial dessa categoria na implantação do Acolhimento nas ESF.

No que diz respeito aos serviços de urgência, tivemos acesso ao documento intitulado “relatório da implantação do ACCR nas policlínicas” de março de 2011. Neste caso, o Acolhimento deveria vir acompanhado da Classificação de Risco (ACCR). Para isso foi feito uso de protocolos validados e adaptados a cada realidade. Utilizou-se o protocolo canadense e das orientações e apoio da Política Nacional de Humanização (PNH). O Recife conta com cinco serviços municipais de pronto-atendimento, além de dois hospitais pediátricos com emergência e três maternidades.

Uma grande dificuldade para implantar o ACCR nos serviços citados acima, foi a infraestrutura imprópria, não permitindo a acomodação de profissionais e usuários em ambientes de acordo com a gravidade dos casos. Outra dificuldade era a necessidade de incremento na escala de profissionais, com incorporação de enfermeiros exclusivos para a classificação, bem como aumentar a quantidade de técnicos de enfermagem para assistência nas áreas vermelha e amarela; tendo esbarrado por algum tempo na falta de recursos disponíveis. Mesmo assim, o processo foi iniciado por um serviço e gradualmente ao longo dos três anos, chegou-se a todos.

4.2.1.2 Apoio Especializado Matricial

Os documentos confirmam o que vivenciamos, que foi a resistência inicial dos especialistas das Policlínicas se disponibilizarem para se deslocar até as USF. A proposta era que, em formato de adesão e com arranjos variáveis, seria disponibilizado um turno por semana de especialistas como: cardiologista, endocrinologista, reumatologista, pediatra, ginecologista e outros conforme demanda das ESF. A adesão foi progressiva ao longo dos três anos, gerando atendimento conjunto de casos com o médico ou enfermeiro de família e também participação na elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS).

Com o advento dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), implantados em 2010, essa relação ficou mais fluida, cumprindo a função de suporte assistencial às ESF e propiciando a ampliação interdisciplinar na discussão de casos no interior das equipes. Um efeito verificado foi o agenciamento de recursos, como equipamentos de assistência social e serviços especializados, por parte dos profissionais do NASF, além de um ganho claro em matéria de apoio em saúde mental. As equipes eram formadas por psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, sanitaristas e, em arranjos variáveis, farmacêuticos, fonoaudiólogos, médicos ginecologistas e médicos pediatras. Um resultado esperado com isso, era o deslocamento no campo das corporações e profissões.

Especificamente na implantação do apoio matricial, houve o apoio de instituições de ensino, que adequaram os programas de residência multiprofissional em saúde coletiva e em saúde da família, direcionando os alunos a fazerem parte dos NASF. As tradicionais coordenações municipais de políticas, como Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Tuberculose, Saúde Bucal, entre outras, também passaram a incorporar o apoio matricial, nas suas rotinas de trabalho, em suas respectivas áreas temáticas às equipes da rede de saúde.

As dificuldades relatadas quanto à implantação do NASF, vieram primeiro da pouca disponibilidade de pessoas com o perfil para o trabalho, visto que não se contava com gente com experiência em algo absolutamente novo na cidade. Em segundo lugar a resistência de parte das ESF em serem apoiadas, umas porque implicaria deslocamento e inclusão de novas possibilidades de oferta; outras por dificuldades inerentes às equipes de apoio, muitas vezes menos experientes do que aqueles que estavam sendo apoiados.

Verificou-se, e está expressa em planilha de avaliação, como efeito do Apoio Matricial uma ampliação das ações de saúde no território, inclusive diversificando o trabalho educativo e em grupos. A busca da integralidade, com a possibilidade de combinar ofertas de acordo com as necessidades dos usuários e o exercício da interdisciplinariedade também foram verificados. Alguns resultados foram apresentados em seminários, no congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, na Conferência Municipal de Saúde e no Conselho Municipal de Saúde, sendo eles: diminuição dos encaminhamentos inadequados à atenção especializada, integração entre especialidades e profissões no âmbito da atenção básica e troca de conhecimentos através da educação permanente.

A percepção expressa nos registros examinados, nos evidencia um aumento do grau de resolutividade na atenção básica e da vinculação ao território por parte de serviços especializados, demonstrando que se trilhava o caminho na direção da ampliação da clínica e da produção de integralidade na assistência à saúde.

4.2.1.3 Centrais de Regulação

O município do Recife criou em 2006, a Diretoria Geral de Regulação, congregando estruturas existentes como a área de Controle e Avaliação a novas áreas, como as gerências de Tecnologia da Informação, de Auditoria Assistencial e de Fluxos Assistenciais. Esta última foi a encarregada de montar a Central Municipal de Regulação (CMR), que passou a funcionar ainda naquele ano.

A nova central vinha de uma experiência iniciada no VI Distrito Sanitário em 2003, através de planilhas impressas e distribuídas para as unidades da atenção básica, se fazia a marcação de consultas e exames. Essa atitude produziu como efeito o fim das filas presenciais nas duas Policlínicas daquele distrito. Em 2005, esse trabalho passa a ser feito por telefone, dando agilidade e diminuindo a burocracia, sendo incluída a oferta de vagas da rede complementar.

O ano de 2006 foi profícuo em material produzido, que expressavam consensos quanto ao funcionamento da Central, entre eles os documentos: Protocolo Operacional da Central de Regulação do Recife, Manual de Operação da Unidade Executante, Manual de Operação da Unidade Solicitante, Manual de Operação da Unidade Solicitante e os Protocolos de Acesso às Consultas

Especializadas. Em 2009, verificamos que parte desse material não era mais observado no cotidiano da Central e da rede municipal, no entanto parte dele continuava atual, necessitando ajustes pela incorporação do sistema SISREG III do MS e com ele a regulação via internet e o desafio de descentralizar sua operação.

As Centrais de Regulação entram no contexto da melhoria do acesso à oferta especializada, entendendo que na sua maioria, até 2009, se dava através da procura espontânea dos pacientes, não levando-se em conta critérios de prioridade e gravidade, gerando longas filas e grande espera para execução de procedimentos especializados. A disseminação deste arranjo organizacional fortaleceu a organização do atendimento integral de forma mais ágil e efetiva, tendo como efeito o uso racional dos recursos assistenciais e o monitoramento dos fluxos assistenciais.

Alguns princípios e pressupostos foram estabelecidos como: todas as unidades de saúde municipais, sejam elas da rede própria ou complementar, deveriam ter sua oferta disponível na Central Municipal; pactuação com a rede sob gestão estadual para ordenamento do acesso à partir do município; solução de informática com capacidade de interoperar com os sistemas do DATASUS. O sistema deveria gerar relatórios que subsidiassem o monitoramento da utilização dos recursos assistenciais contratados, bem como seu pagamento e difundir para o uso, os protocolos de acesso com sugestões de indicação do procedimento solicitado.

A CMR do Recife, era definida como um serviço, que tinha como objetivo ordenar o fluxo de marcação de consultas e exames e de internações hospitalares. Seu objeto de trabalho era a oferta disponível na rede municipal e os meios que dispunha eram: protocolos de acesso, sistema informatizado com operação via call center e por internet. É bom lembrar que mesmo com o advento das Centrais Distritais, foram criadas cinco até 2011, a central municipal continuou com o papel de controle do sistema, com formato de complexo regulador. Ou seja, o cadastramento da oferta, a distribuição de cotas e definição de solicitantes e executantes, bem como a oferta de procedimentos escassos e do recurso ao Médico Regulador.

O funcionamento da CMR era de segunda a sexta, entre sete horas da manhã e sete horas da noite, tendo um call center que inicialmente tinha trinta posições de atendimento com tele-digifonistas e que em 2011, após o processo de

descentralização, passou para dez, além de dois supervisores, um gerente, quatro técnicos administrativos e dois profissionais de informática, sendo um para administração de rede e dois para suporte técnico. Ela, além de ter a tarefa de montar as Centrais de Regulação Distritais (CRD), de trabalhar interligada com elas, também servia de suporte na lida com o sistema informatizado e com os prestadores de serviço de saúde.

Dentre os serviços disponíveis na CMR, além da marcação de consultas e procedimentos e apoio às CRD e unidades de saúde, está o de atendimento aos usuários da central, sendo eles pacientes ou serviços e o atendimento do médico regulador. Este último estava disponível, para que as unidades solicitantes pudessem negociar recursos assistenciais extras, para atendimento em caso de esgotamento de cotas ou não enquadramento de situações nos parâmetros do protocolo de acesso. A comunicação dessas situações dava-se presencialmente, por telefone ou internet.

O MS não exige a presença do médico regulador em centrais ambulatoriais, no entanto verificamos ser de valia pois nos ajuda a relativizar os protocolos e a distribuição de vagas, dinamizando o trabalho da central.

São considerados participantes da regulação todas as unidades de saúde que encaminham pacientes para outras unidades, denominadas solicitantes e as unidades de saúde que recebem pacientes de outros pontos da rede de atenção, sendo denominadas executantes. Portanto, a central seria o intermediário entre uma solicitação para complementar a assistência, na maior parte das vezes feita por uma UBS e o recebimento do usuário em local adequado para realizar o que foi pedido. Isso pode acontecer em dois cenários, o primeiro se dá conforme combinado, utilizando as vagas destinadas para aqueles serviços e utilizando os protocolos de acesso e o segundo se dá mediado pelo médico regulador.

O protocolo operacional da CMR, definia que nas unidades solicitantes, o profissional ao identificar a necessidade de solicitar exames ou consultas em outros serviços, deveria preencher um instrumento, onde classifica o risco e justifica o pedido, logo após o setor responsável pelo agendamento na unidade básica, de acordo com a ordem de prioridade, irá acessar via internet as cotas disponíveis para seu serviço e ali proceder o agendamento. Caso tivesse dificuldade com a internet, tinha sempre a alternativa do telefone, sendo que neste caso é estabelecido o dia da semana e a hora que poderia ligar para agendar. É bom deixar claro que todo o

encargo de viabilizar o que foi demandado, era da unidade solicitante em conjunto com a regulação municipal e não do cidadão que, por sinal, deveria ser informado do local de atendimento, o dia, a hora e o nome do profissional que irá lhe atender.

É considerado ideal um aprazamento de no máximo 15 dias entre a marcação da consulta e sua realização, pois estima-se que acima disso teremos o aumento do absenteísmo. Quando não há vaga disponível e a solicitação é considerada não urgente, o paciente aguarda que sua unidade marque e lhe avise posteriormente. No caso de retornos, eles devem ser marcados na unidade executante, garantindo a vinculação com o mesmo profissional. Quando o intervalo de retorno é superior a um ano, o paciente deve retornar para agendamento na unidade básica.

As unidades executantes tinham uma série de obrigações junto à central, definidas no manual dos serviços executantes, como confirmar se as pessoas agendadas compareceram ao serviço, o envio do cronograma anual para oferta de consultas e/ou exames, constando cada profissional, devendo ser todos cadastrados no sistema da central. Um cuidado era sempre evitar negativas de pacientes marcados, para isso elas têm o prazo máximo de 30 dias de antecedência para informar mudanças e 7 dias para imprevistos. Em casos inevitáveis, o próprio serviço deveria marcar outra data para todos que procuraram naquele dia e informar à central. As unidades da rede complementar, tinha o pagamento se seus serviços condicionados ao estabelecido em protocolo operacional da central.

O município possui a ter um protocolo de acesso à consultas especializadas, contemplando as 14 especialidades mais solicitadas pela atenção básica e está em formato simplificado, constando os motivos possíveis para encaminhamento, o que deve constar como dados de história e exame físico, os resultados de exames necessários para serem levados para a consulta e quais os parâmetros de priorização para cada caso e a espera aceitável até chegar ao especialista. As especialidades eram: cirurgião Vascular, cardiologista, cirurgião geral, pequenas cirurgias, dermatologista, endocrinologista, gastroenterologista, infectologista, ortopedista, otorrinolaringologista, proctologista, reumatologista e urologista. Esse protocolo foi elaborado com a colaboração dos especialistas da rede própria e de profissionais das ESF.

Em 2011 a CMR em conjunto com as CRD disponibilizaram consultas e exames para 176 unidades solicitantes em 27 unidades executantes. Também solitavam agendamentos, 10 municípios da Região Metropolitana do Recife, que

pactuaram na Programação Pactuada Integrada (PPI), onde optou-se pela relação da CMR com as centrais municipais e não diretamente com as unidades de saúde desses municípios.

Em 2010 foi introduzido o componente hospitalar na CMR, em estreita relação com a central de leitos estadual. O Recife passa a regular a internação em seus 7 hospitais conveniados e nos 5 próprios. Com o perfil muito mais autorizador e de controle, criou-se a possibilidade de acompanhar o acesso nestes serviços, que se dava principalmente a partir das emergências estaduais. Houve grande resistência do gestor estadual, que teve que pactuar o fluxo com o município, passando também a ter que observar os contratos firmados com os prestadores.

A resistência foi pequena por parte dos prestadores conveniados, passando a ter a adesão como condicionante à remuneração, por parte do SUS, pelos serviços prestados. Quanto à rede própria, a maior dificuldade foi a publicização das agendas dos médicos e a necessidade de previsibilidade nas mudanças e consequente exposição do profissional que não comparece para o atendimento. Um efeito percebido foi uma maior transparência na presença dos profissionais nas unidades e de sua dedicação, em termos de carga horária, para atendimento à demanda.

4.3 O Diálogo com os Sujeitos da Pesquisa

Para Testa (1992) em um sistema de atenção à saúde, a atenção primária é o degrau inicial da cadeia de atenção, onde são resolvidos os problemas de menor dificuldade técnica, diagnóstica e terapêutica, e se orientam o restante pelos níveis sucessivos da cadeia. Isso implica uma rede de estabelecimentos interligados por claros procedimentos de referência e de transmissão da informação pertinente, que ordenam a circulação interna dos pacientes no sistema; também implica um ordenamento territorial regionalizado e um comportamento social que obedeça, mais ou menos disciplinadamente, às normas de ingresso e circulação.

Consideramos que essas normas ou regras seriam o objeto de trabalho da Regulação do Acesso, com o objetivo de produzir saúde, garantindo a integralidade do atendimento e a co-responsabilização entre pacientes-famílias, os profissionais de saúde e o sistema de saúde. Os meios para perseguir isso, se deram a partir de: mecanismos locais de acesso, como acolhimento; mecanismos de interação entre os serviços como o apoio matricial e a conexão em rede através de centrais de

regulação do acesso. Mas, constituir rede não só representa “vantagens”, como aumento das parcerias para resolver casos, também traz consigo a diminuição do grau de autonomia, inclusive para definir a entrada nas unidades de saúde.

Cecílio (1997), aponta que o modelo assistencial hegemônico, pensa o sistema de saúde como uma pirâmide, com fluxos ascendentes e descendentes de usuários acessando níveis diferenciados de complexidade tecnológica, em processos articulados de referência e contra-referência. Isso tem se apresentado como algo racionalizador, cujo maior mérito seria o de garantir a maior eficiência na utilização dos recursos e promoção da equidade. Na prática, os fatos se dão de maneira diferente da pretendida por uma certa racionalidade tecnocrática, pois a relação entre profissionais, imbuídos de uma situação de saúde, em serviços distintos, não se faz por escrita em papel apenas, exige interação, discussão, inclusive atendimento conjunto, se for o caso.

As diretrizes do SUS, como universalidade, integralidade e equidade são importantes instrumentos indutores de mudança de modelo. Como escreveu Campos (2000), elas mudaram a agenda brasileira, constringendo governantes e sociedade civil a encararem esse desafio. A definição de prioridades políticas é importante passo, ainda que não suficiente, para reorientação dos modelos.

À seguir procuraremos dialogar com o que surgiu no encontro produzido pelas entrevistas, levando-se em conta as diretrizes, arranjos e dispositivos para Regulação do Acesso, levados a cabo em Recife. Ao analisá-las, ficou claro a afinidade nas respostas dentro de um mesmo grupo e as diferenças entre entrevistados de grupos distintos, por isso, para efeito da análise, separamos as informações advindas dos grupos de gestores, trabalhadores dos serviços e trabalhadores da regulação, estes últimos chamaremos de reguladores.

4.3.1 Acolhimento

Mesmo com a expansão da rede pública de saúde nos últimos anos, o SUS ainda tem dificuldade de efetivar o princípio constitucional da universalidade. Entendemos que este problema diz respeito à demanda muitas vezes elevada dos serviços, mas também à forma como os mesmos se organizam para receber os usuários que os procuram. Entendemos que todo usuário que procura uma UBS, em busca de atendimento, deve ser acolhido e ser ouvido por um profissional de saúde.

O Acolhimento como postura e prática nas ações e serviços de saúde, favorece uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção de solidariedade e legitimação do sistema público de saúde. Favorece, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores.

Costuma-se separar o que seria a diretriz de ouvir a todos que cheguem na UBS, com sua operacionalização, que seria um arranjo de cada serviço, com espaço, período de tempo, escala de profissionais, protocolos e, sobretudo, um lugar de oferta de ações e serviços, que são oferecidos na própria unidade ou em outra com perfil mais adequado, resolvendo-se a cada caso. O Acolhimento representa, é importante ressaltar, o incremento de um novo arranjo, trazendo consigo o aumento, pelo menos inicialmente, da carga de trabalho em equipe. Neste caso em estudo, a liberdade para adaptar as diretriz ao recurso disponível era um pressuposto, tendo havido também incremento de profissionais conforme prioridade definida, tanto pelo critério epidemiológico, como pela situação de cada unidade.

Sempre em que se discute o acesso do paciente eventual, não agendado previamente, à unidade básica de saúde, aparece o temor de que isso acabe com a programação do serviço e o transforme em um pronto-atendimento. Acreditamos que o estabelecimento de vínculo, essencial no acompanhamento em saúde, pressupõe disponibilidade e possibilidade, mediante classificação de risco/vulnerabilidade, de acesso aos profissionais responsáveis por um determinado número de pessoas, que moram em um determinado território. Trazemos essa discussão, pois há também uma tendência, em outros lugares, de se utilizar do acolhimento, para aliviar uma pressão de demanda que ocorre, inclusive pela grande quantidade de pessoas matriculadas, muito além do recomendado, ou pela procura de populações de áreas descobertas.

O Acolhimento no município do Recife, no período estudado, foi um arranjo ofertado às equipes, como estratégia de garantia de acesso, tendo como pressuposto o trabalho em equipe de forma integrada. Para além dos núcleos profissionais, apostando em um campo de práticas comuns, próprias de quem trabalha em saúde. Ouvir, vincular-se e responsabilizar-se são parte do trabalho em saúde e pode integrar práticas e saberes das diversas profissões, efetivando a atuação em equipe. A proposta era que as equipes se organizassem, para dar conta do imprevisto dos usuários matriculados, com participação de todos os profissionais

que a compõe. Portanto não seria papel do Agente Comunitário de Saúde, mas também dele, da mesma forma do Técnico de Enfermagem, do Cirurgião Dentista e assim por diante.

Com o Acolhimento, a ideia era identificar qual a melhor oferta para o usuário naquele momento em que procura o serviço, utilizando-se do que tem disponível lá mesmo ou agenciando os recursos da rede de saúde. Para isso, é fundamental que exista a garantia de uma escuta e análise da demanda trazida, à partir daí: resolver pontualmente o problema, agendar consulta, inseri-los nas ações programáticas e nas atividades de educação em saúde ou encaminhá-lo, de forma segura, para outro serviço que se enquadre melhor à sua demanda.

A compreensão dominante na proposta do “Recife em Defesa da Vida”, era de que, conforme as necessidades da população, e o quadro de saúde da comunidade, as ações de âmbito individual e coletivo, sejam elas de promoção da saúde, de prevenção de agravos, curativas de atenção às doenças em suas manifestações crônicas ou agudas; deveriam ser articuladas entre si no âmbito da atenção básica e dentro das possibilidades operacionais de cada unidade de saúde. Entende-se que, num modelo que prevê adscrição de clientela a uma equipe de referência, responsabilização, vinculação e atendimento integral, as unidades de saúde devem se organizar para possibilitar a entrada e o atendimento dos usuários, agenciando sua oferta com base no vínculo, mas também na análise de risco/vulnerabilidade, para priorizar agendamentos em consultas, grupos e atividades realizadas pela equipe.

O que se verificava nas Unidades de Saúde da Família, era que os moradores que residiam mais próximo, os que tinham mais tempo para enfrentar fila ou os que possuíam uma rede social mais estruturada (RECIFE, 2010), tinham maior facilidade de acessar a rede básica. O critério do “quem chegou primeiro”, ainda é o mais utilizado para a marcação de consultas na atenção básica no SUS.

Entendemos que devemos fazer do acolhimento, parte de uma clínica ampliada, que não fique presa à queixa-conduta, mas inclua o sujeito na análise de sua situação e da sua demanda, procurando saídas de forma conjunta. Aí sim, teremos uma grande diferença do pronto-atendimento.

Campos (2000), advertia que quem não consegue definir prioridades dentro de sua população adscrita, não faz clínica de qualidade e sugere quatro formas para realizar na prática: utilizar a própria demanda, para destacar casos que precisam de

uma atenção especial; identificar famílias e indivíduos no cadastro do serviço, que precisem de atenção especial; identificar as pessoas com maior risco, que têm programas estruturados e, por último, ser abertos aos parceiros do sistemas, no encaminhamento de pacientes.

Com o tempo, e conforme os recursos disponíveis, cada equipe irá construindo coortes de pacientes e de famílias que merecem acompanhamento especial. Parte importante da agenda dos profissionais deve ser reservada para esses usuários especiais. O restante da agenda será reservado para eventos imprevistos desses mesmos pacientes e para manter atendimento aberto à demanda (CAMPOS, 2003, p.115).

Anotamos em nosso diário de campo um encontro em meados do ano de 2011 em uma Unidade de Saúde da Família, considerada exemplo na implantação do Acolhimento. Ao chegar, durante a manhã observamos um serviço com muitos usuários circulando, mulheres, crianças; pessoas entrando e saindo dos consultórios; outra quantidade grande esperava sentada ser chamada para atendimento e o balcão de recepção também tinha muita gente perguntando ou agendando atendimento. A impressão era de algo vivo, um lugar onde as coisas estavam acontecendo, apesar de uma aparente confusão.

A informação da equipe era de que aquilo eram pessoas conseguindo atendimento, quando no passado o que se tinha era a mesma quantidade, só que de pessoas querendo atendimento. Isso porque o serviço já era sensível à demanda não agendada, porém o atendimento era por ordem de chegada, sem qualquer tipo de avaliação prévia, funcionando assim desde 2001.

O relato dos profissionais, evidencia que esse modo era muito desgastante e que eles não conseguiam atender os pacientes agendados, pois as consultas eram interrompidas com frequência, muitas vezes por casos sem nenhuma urgência. Com a pressão, os trabalhadores acabavam abreviando os atendimentos, para dar conta da fila que se formava na recepção da USF. A sensação que todos tinham, era de um trabalho incompleto, em que as pessoas não estavam sendo atendidas como deveriam.

O serviço, mesmo com essa disposição de não negar atendimento, tinha muitas reclamações por parte dos usuários, com denúncias inclusive na imprensa. Essas dificuldades, eram evidenciadas pela alta rotatividade de profissionais. Em 2008 houve uma total renovação da equipe e no ano seguinte surge a proposta de modelo de atenção, definindo a implantação do Acolhimento nas USF como diretriz.

Os documentos examinados, evidenciam a implantação do Acolhimento no início de 2009. Isso ocorreu que por iniciativa dos profissionais, apoiados pelo nível central da secretaria, resolvendo mudar a lógica do acesso, implantando o Acolhimento. A equipe relatou que no início temiam que aparecessem um número de usuários muito acima do normal, o que se confirmou no primeiro momento, só que não desistiram e nas semanas seguintes viram esse número reduzir pela metade. Eles optaram por fazer o trabalho de atender os imprevistos durante as manhãs, se revezando entre os profissionais das três ESF. Quando a USF abria as portas, às oito horas, os ACS abordavam todos que estavam ali sem agendamento e identificavam quais precisavam passar por atendimento com o profissional de saúde escalado naquele dia. Quem chegasse ao longo da manhã era recebido e sua demanda ouvida, já no período da tarde, geralmente mais calmo, eram feitos encaixes nas agendas dos profissionais da equipe respectiva.

As falas evidenciaram que, naquele momento em que estive com eles, o conjunto dos profissionais se sentiam responsáveis pela demanda que chegava ao serviço, retirando a sobrecarga do médico e dando suporte ao atendimento dos que não estavam marcado. Outra informação colhida é que a população, a partir do momento que sabe que será atendida quando precisar, passou a colaborar com a organização com do serviço, inclusive procurando primeiro a marcação do atendimento que deseja.

Registramos no diário de campo, o fato de todos os profissionais colaboram com a escala do Acolhimento, sendo identificados médicos, enfermeiros e dentistas quando observado o quadro afixado na recepção. Os relatos eram que, em torno do acolhimento, eles se tornaram uma equipe de fato. Foram identificamos efeitos para além do acesso e que levou a mudanças no processo de trabalho da ESF. Essa equipe foi extremamente participativa também na difusão de sua experiência e participação em fóruns como o curso introdutório para toda a rede municipal, relatando sua experiência. Participaram também do grupo de trabalho que formulou o protocolo de acesso da CMR e a cartilha do Acolhimento, utilizada como base pelos serviços em sua implantação.

Quando analisamos os depoimentos dos trabalhadores das unidades de saúde, fruto das entrevistas, é clara a percepção de que a implantação Acolhimento, como possibilidade de organizar a porta de entrada dos serviços, ocorreu respeitando-se as realidades locais, desburocratizando e avaliando

risco/vulnerabilidade. A diretriz foi desdobrada em dispositivos diferentes, construídos por cada equipe: algumas nos horários de pico, outras durante todo o funcionamento e alguns de forma coletiva, na sala de espera.

Algumas informações colhidas nas entrevistas dos profissionais de serviços de saúde:

[...] acolhimento dentro do serviço teve um impacto muito grande, inclusive sentido pela população, pois antes o acesso era limitado aos dias de marcação ou ao ACS, nas áreas onde tinha ACS [...] (Informação verbal)

“[...] antecipava a demanda que só conseguiria chegar depois [...]” (Informação verbal)

“[...] foi um dos principais dispositivos que mais mudou a cara do nosso serviço [...]” (Informação verbal)

“[...] nas conversas com usuários, a gente sempre tinha um testemunho de que melhorou [...]” (Informação verbal)

“[...] nós, a equipe, passamos a nos ver diferente [...]” (Informação verbal)

[...] lembro de uma senhora que veio pedir um remédio para dor na coluna, que sentia há vários anos. Atendi na hora, orientei compressa e encaminhei para a academia da cidade. Até hoje é uma paciente aderida a tudo que fazemos no posto [...] (Informação verbal)

[...] optamos por não começar pelo acolhimento, investimos mais no PTS, pois sabíamos que a demanda iria aumentar demais e acabar com o que já tínhamos no posto (Informação verbal)

Os profissionais da regulação, seja da Central Municipal, do SAMU ou dos distritos, trazem sempre na terceira pessoa a análise do Acolhimento, como se a Central não tivesse relação com o acesso em nível local. Ao mesmo tempo em que o reconhecem como parte da política para qualificar a rede de saúde e vinculam com o que seria uma “humanização” dos serviços.

“[...] é uma forma de tornar a rede mais viva, valorizar as relações entre as pessoas [...]” (informação verbal)

“[...] tinha o objetivo de tornar a rede mais integrada e humanizada [...]” (Informação verbal)

“[...] a gente via a adesão no discurso, mas eles não faziam na prática, também tem muito problema de estrutura nas unidades [...]” (Informação verbal)

“[...] nós da regulação ajudamos criando alguns mecanismos, diminuindo a dependência do computador e aumentando a relação com as USF [...]” (informação verbal)

“[...] não era só obra de pedra e cal, mas construção de vínculos, passando a resolver o problema do paciente naquele momento [...]” (Informação verbal)

A qualificação do acesso local, além de identificar prioridades para o atendimento na USF, favorecesse a que os casos que precisem de acompanhamento complementar em outro serviço, seja feito com a devida indicação e que o serviço de origem possa monitorar a espera pela vaga e depois o seu retorno para continuidade da assistência, trazendo as informações das intervenções feitas na unidade especializada.

Com relação ao acesso nas unidades, verificamos que a implantação do acolhimento na atenção básica, e também nas portas de urgência e emergência, foi uma importante diretriz em Recife, no período estudado. Cabe ressaltar, no entanto, que a forma de operacionalização na atenção básica não deve, nem é possível, seguir um modelo rígido, devendo-se adequar a cada realidade local. Um exemplo disso é que várias equipes resolveram experimentar a mudança por outros arranjos/dispositivos.

“[...] de alguma forma já fazíamos Acolhimento, então preferimos melhorar nossa reuniões de equipe, discutindo mais os casos em que precisávamos de ajuda e melhorar o acompanhamento deles [...]” (Informação verbal)

As situações foram administradas pelo Apoio Institucional, feito pela Gerência de Atenção Básica do município, de forma a garantir o movimento na rede. Cada serviços tinha um elenco de possibilidades para iniciar a mudança e combinava com o Apoio e com o Distrito Sanitário por onde começar. Poderia ser pelo acesso, pelo PTS, pela Saúde Coletiva no serviço, inclusão de práticas de educação em saúde, intensificação de atendimentos em domicílio, democratizar as relações de trabalho através do colegiado gestor, em fim, se pactuava uma ou mais formas de melhorar o atendimento na UBS.

A fala dos gestores é centrada na intenção de requalificar o processo de trabalho, depois da expansão ocorrida em anos anteriores, principalmente na estratégia de saúde da família. O sentido do todo da proposta de modelo está mais presente:

“[...] os dispositivos são elementos dentro da proposta, mas o como mudar se deu através da co-gestão, do apoio institucional [...]” (Informação verbal).

Aparece à ênfase no como fazer, como parte essencial da mudança.

Com relação ao Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) nas urgências, as falas retomam o que seria uma implantação parcial e é apontado o problemas de espaço físico, como tendo sido o principal entrave. Aparecem relatos

de que, muitas vezes o que seria mais difícil, que era o incremento de recursos humanos, eram providenciados e não se tinha espaços adequados, como consultório exclusivo para este fim. No entanto, nos parece expressivo o relato de que o primeiro serviço a implantar o ACCR, em 2010, mesmo com estrutura aquém da necessária, a incorporação desse arranjo organizacional foi vantajoso para o processo de trabalho, organizando o ambiente interno da emergência e também dando visibilidade às falhas do atendimento.

4.3.2 Apoio matricial

A análise e interpretação dos trabalhadores da saúde municipal, indica que a expressão “apoio matricial” é utilizada em vários momentos com sinônimo dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que são equipes multiprofissionais de suporte a, no máximo, 10 equipes de saúde da família em diversas profissões da área de saúde.

“[...] era perceptível a mudança, ampliando as discussões e chegando na ampliação da resolutividade [...]” (Informação verbal)

Outro aspecto na fala de quem trabalhava em unidades de saúde no triênio estudado, era que o Apoio Matricial foi o dispositivo que gerou comunicação e movimento entre as unidades. Eles também apontam que um limite para a proposta foi estrutural, como dificuldade de transporte e ausência incentivo financeiro para os especialistas aderirem.

“[...] teve cardiologista, por exemplo, aumentando nossa resolutividade na atenção básica. Isso não era feito antes [...]” (Informação verbal)

A imagem referida por quem estava na regulação no período, e do Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), que segundo eles fazia matriciamento ao Saúde da Família.

“[...] havia troca de conhecimento em função de cada caso em particular [...]” (Informação verbal)

Algo relatado como inovador que surge em Recife, também citado por trabalhadores e gestores, era o que chamavam “matriciamento horizontal”, que eram profissionais das ESF que, por ter um saber específico, apoiava outras equipes. Então um Médico de Família que tinha residência em Dermatologia, tinha em sua

carga horária tempo para apoiar outras ESF nesta área, do mesmo jeito enfermeira com especialização em feridas, apoiava em dia combinado com o DS outra ESF. Tivemos várias experiências destas, que transformaram o sentido de fazer rede, para além do fluxo de usuários, mas no fluxo vivo de cuidado e responsabilização com as pessoas.

4.3.3 Centrais de Regulação

Os trabalhadores relatam que as centrais facilitaram no sentido da diretriz, em função de uma aproximação ocorrida com os serviços e a montagem das centrais distritais. Não fazia parte do trabalho das centrais o agenciamento do Apoio Especializado Matricial, ficando a gerências de território dos distritos sanitários responsáveis, em conjunto com os próprios serviços de referência em cada região do município. Como um entrevistado disse, “emanava do território”. Esclarecendo, os Distritos eram subdivididos em microrregiões, cada uma com uma Gerência de Território, que tinha a atribuição de dar apoio institucional ao funcionamento das equipes.

“[...] o que limitou foi a disponibilidade das equipes, em parte por falta de compromisso, em parte pela demanda elevada em seu próprio serviço [...]” (informação verbal)

Um limitador apontado por este grupo de sujeitos entrevistados, foi o fato dos serviços estaduais não estarem disponíveis para matriciamento ou até marcação de consultas, entendendo que SUS não é só municipal. Houve também relato de que o município tentou várias vezes combinar fluxo para os hospitais, iniciando pelas área de cardiologia e obstetrícia.

“[...] eles não garantiram a linha de cuidado com serviços que tinham tecnologia para ajudar os usuários [...]” (Informação verbal)

O diálogo entre conhecimentos, é o que é apontado pelos gestores, que também citam o Apoio Matricial como dispositivo para a educação permanente, através do atendimento conjunto do especialista com o profissional da atenção básica.

“[...] traz a qualificação da clínica, a cogestão dos casos, botando as pessoas para dialogar [...]” (Informação verbal)

O fato de juntar várias estratégias, que se somam às ações de prevenção e promoção da saúde, também é considerado importante, agregando meios ao trabalho na atenção básica.

Os profissionais das unidades de saúde, reconhecem um avanço com a descentralização da Central de Regulação Municipal para cada um dos seis distritos sanitários, fazendo a marcação ficar próxima à atenção básica, contribuindo para a resolução dos casos.

“[...] o primordial foi que os encaminhamentos passaram a ser a partir da atenção básica, com classificação de risco [...]” (Informação verbal)

O fato do Governo do Estado ter aberto várias Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em Recife nesse período, é levantado por reguladores e gestores como preocupação. Os primeiros questionam o fato de não serem municipais, não tendo nenhuma relação com as unidades de atenção básica e os segundos falam que isso ocorreu com auxílio do Ministério da Saúde, desorganizando mais ainda o sistema e forçando a rede a se submeter a ela como porta de entrada para os grandes hospitais, tirando, inclusive, a autoridade reguladora do SAMU.

“[...] a UPA é uma ilha dentro da rede de atenção[...]” (Informação verbal)

“[...] eles fizeram das UPAs mata-burro, obrigando como barreiras ao acesso para as grandes emergências do estado, que todo caso de urgência passasse primeiro lá [...]” (Informação verbal).

4.3.4. Outras impressões

Os trabalhadores, em sua maioria, falam que houve uma mistura das novas propostas com a tradição vigente na cidade até então. A implantação das propostas começou com a unidades que aderiram voluntariamente. Lembram que em um mesmo distrito tinha adesão e resistência e reconhecem que elas foram sendo recompostas a partir da realidade. Tivemos um relato que expressa que seu serviço nunca mudou e que lá se tentou pouco fazer o que se propunha.

“[...] foi estruturante, os profissionais tiveram a experiência de um caminho concreto e viram que tem outras formas de fazer [...]” (Informação verbal)

“[...] considero que foi um experimento em que alguns continuaram fazendo e outros se acomodaram após a saída da equipe da Secretaria. Considero uma experiência individual de pouco alcance [...]” (Informação verbal)

A relação com as diretrizes ministeriais, baseadas em redes temáticas, é vista pelos trabalhadores como algo que ajudou, pelo fato de definir prioridades como o Rede Cegonha. Citam o Programa de Monitoramento e Avaliação da Qualidade (PMAQ), como algo que foi incorporado com facilidade, pois a gestão municipal já vinha trabalhando com eles temas semelhantes ao que foi abordado por este programa.

Os comentários também evidenciam um espaço entre o que o Ministério propõe e o que operacionaliza. Nas palavras deles: muita retórica e pouca rede de fato. Parte deles também afirmam, que o município não teve nenhum incentivo do Ministério da Saúde para inovar no modelo de atenção, mas houve muito incentivo para as UPAs estaduais.

Os reguladores, em sua maioria, vêem as propostas emanadas do Ministério da Saúde, no que diz respeito a redes prioritárias como Rede Cegonha, como uma esperança para ajudar a reorganizar o sistema municipal, mas não observam mudanças concretas à partir disso.

“[...] resgatou o idealismo com o SUS, estimulando a vontade de fazer e estabelecendo foco [...]” (Informação verbal)

“[...] hoje vivemos uma falta de diretrizes [...]” (Informação verbal)

“[...] no contexto municipal, o projeto tinha que ter continuado, para percebermos melhor sua efetividade [...]” (Informação verbal)

Dentre os gestores é dado destaque à área de saúde mental, com tendo resultado positivo, além da atenção básica e, em menor intensidade, é falado das policlínicas. Fala-se que não foi possível tornar permanentes as conquistas e grande parte se perdeu, após a saída da equipe dirigente no início de 2012, inclusive visualizam retrocessos.

“[...] foi evidenciado a melhora de indicadores, como mortalidade infantil, mas vejo muito impacto no conjunto, não nesse ou naquele dispositivo [...]” (Informação verbal)

“[...] faria de novo, apenas mudaria processos táticos. Principalmente intervir nas policlínicas, conseguimos na Lessa de Andrade, mas na maioria não. A atenção especializada é sempre mais resistente [...]” (Informação verbal)

Na conversa com os gestores, o aumento da execução estadual de serviços, é sempre apontada com um limitador do projeto em curso no Recife. O mesmo, que já tinha onze hospitais públicos sob sua gestão, se tornou mais presente no território

com a implantação de cinco UPAs. O fortalecimento não se deu apenas na oferta mas na relação política com os municípios, cada vez mais dependentes do ente estadual. O suporte dado pelo MS ao estado, contrasta com o discurso federal calcado no fortalecimento das redes, pois o que verificamos em Recife foram processos apoiados que iam no sentido anti-rede.

As contradições, da política estadual de saúde, com o que acontecia no município não ficaram por aí. Há relatos de que os serviços estaduais não acolhiam casos vindos de serviços municipais e também se negavam a matricular. Não houve movimento, por parte daquele ente de regionalizar o sistema de forma solidária na Região Metropolitana do Recife.

“[...] o estado ia sempre no sentido da implantação de pronto-atendimentos e o Ministério apoiava isso [...]” (Informação verbal)

Dispositivos como os fóruns micro-regionais de trabalhadores, são citados em um contexto que demonstra que o conjunto de serviços teve seu funcionamento facilitado, não só pelas diretrizes e arranjo implantados, mas também pela interação e comunicação entre eles.

Dificuldades no âmbito interno da Prefeitura são relatadas, como pouco incentivo e envolvimento do Prefeito à época, apesar de dar autonomia na construção da proposta. Mas, a agilidade administrativa, nas licitações por exemplo, era algo fora da governabilidade da Secretaria Municipal de saúde.

As imagens suscitadas pelos diferentes sujeitos da pesquisa, mesmo os que atribuem alguma crítica ao que foi proposto, são de uma relação democrática e participativa com as diretrizes, arranjos e dispositivos propostos e vão no sentido a melhoria do atendimento na rede de saúde. Alguns atribuem mudanças concretas nesse período, facilitando o acesso, promovendo rede com a atenção básica e com a atenção especializada, isso com maior satisfação dos trabalhadores e usuários com os serviços. Não significa dizer que não houve limites na implantação, tendo destaque problemas de estrutura física não condizente com a missão dos serviços e a falta de relação com os serviços estaduais, incluindo hospitais e UPA's, registrada nas falas.

Em termos de condições necessárias, observamos no documentos que houve a adesão dos trabalhadores e do controle social. Também fica evidente que, no primeiro ano, houve um esforço bem sucedido no sentido de regularizar o

abastecimento de medicamentos, bem como a oferta de exames complementares. Verificou-se dificuldades em avançar nas estruturas das UBS, muitas delas funcionando em casas alugadas, o que demandaria um investimento considerável, que não estava disponível no âmbito do município. Quanto aos recursos humanos, foram feitas 1.357 contratações, parte delas por concursos públicos e foi reformulado no Plano de Cargos, incluindo os Auxiliares de Enfermagem e Agentes de Saúde. A experiência mostrou que sempre é possível racionalizar o que se tem disponível, desde que traga também ganhos para a organização do trabalho.

5 A REGULAÇÃO DO ACESSO COMPONDO OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE, UMA ARTICULAÇÃO EM POTENCIAL

5.1 Modelos como Arranjos Variáveis de Recursos para Incrementar a Produção de Saúde

O SUS tem enfrentado dificuldades, que estão no âmbito do seu financiamento, da sua gestão e de seu modelo de atenção. Alguns especialistas têm apresentado levantamentos, que apontam que precisaríamos dobrar o gasto público com o sistema, para cumprirmos o que manda a constituição federal, em termos de garantia de direitos. Existe uma relação intrínseca entre o modo como se produz saúde, a sua eficácia e o seu custo (CAMPOS, 2003; GIOVANELLA, 2013).

Temos uma realidade diversa, em termos de desenho organizacional, no território brasileiro, mas ainda estamos longe de atingir uma racionalidade que assegure eficácia e eficiência ao sistema. Testa (1992) credita isso, quando analisa os sistemas de saúde de países “dependentes”, em parte à incoerência entre as formas organizativas e os propósitos que se procura alcançar. A saúde, ao mesmo tempo em que cuida de ações específicas, extensivas a toda à população, é também um local de conflitos no âmbito político e econômico. Um lugar de apropriação de recursos financeiros, por diferentes grupos de interesse.

Muitas soluções propostas para a saúde, não se fundamentam sobre a necessidade das pessoas que serão atendidas, nem no que é apontado pelos trabalhadores do setor. Isso aconteceria devido a existência de serviços diferenciados para distintos grupos sociais, de maneira que não se discute a questão dos serviços para toda a população, mas apenas para aquelas definidas como menos favorecidas. A atenção primária nessas situações, é traçada como forma de reduzir gastos sociais com saúde e não para garantir direitos de cidadania (TESTA, 1992).

Campos (2003) afirma que, no caso do Brasil, contamos com um modelo híbrido, combinando um formato tradicional com novos modos de atenção. Nesse sentido, seria necessário seguir ampliando e modificando tanto as ações de prevenção de doenças, de promoção da saúde, quanto as de atenção clínica. Para atingir uma atenção integral, seria necessário reformular e ampliar a clínica e a saúde coletiva, aumentando também o grau de interação entre ambas.

O SUS produz movimentos paradoxais, por um lado reforça o modelo médico hegemônico, por outro gera novas experiências de como organizar a atenção à saúde. Essa disputa vai acontecendo no seio do sistema e tem se tornado um desafio estratégico, que diz respeito à sua viabilidade política, sanitária e econômica. “Modelos são arranjos variáveis de recursos – financeiros, humanos, técnicos, etc – objetivando incrementar a produção de saúde (CAMPOS, 2003)”.

Podemos citar o que nos parece ser as principais deficiências de modelos de atenção presentes no SUS:

- a) **Fragmentação da atenção à saúde**, representada pela não integração entre pontos complementares da rede assistencial, provocando descontinuidade nos tratamentos, baixa efetividade e baixa eficiência. Podemos citar como causas a não concretização da função de coordenação por parte da APS e consequente fragilidade da gestão em rede. Isso tem sido agravado pela tendência de terceirização gerencial, aumentando a dispersão organizativa e dificultando a consolidação do caráter único do SUS;
- b) Lógica de atendimento circunscrita à **queixa-conduta**, em que a vida e as histórias dos sujeitos ficam de fora. Campos (2008), aponta que seria consequência da desvalorização das dimensões da clínica. A saúde, o quanto processo de produção, não pode se reduzir a este binômio, pois teria que apontar para a multiplicidade de determinantes e para a complexidade das relações entre os sujeitos trabalhadores e usuários dos serviços;
- c) **Burocratização e fragmentação** das práticas em saúde, acarretando dificuldades nas relações entre os profissionais de saúde e destes com os usuários e dificultando o trabalho interdisciplinar. Uma causa evidente é o modelo hierarquizado de atendimento, que aprofunda a fragmentação nas relações entre serviços de saúde;
- d) **Não incorporação do imprevisto** no cotidiano dos serviços de saúde, pois apesar de ser necessário programar o acompanhamento das pessoas nas agendas dos profissionais, também é fundamental que as unidades estejam, no seu horário de funcionamento, abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado;

- e) **Desconsideração dos sujeitos**, representada pela assimetria da relação dos profissionais com os usuários, ignorando que o outro também possui um saber, uma compreensão e uma representação sobre seu corpo e seu adoecer ou mesmo uma expectativa sobre o cuidado que precisa;
- f) **Vinculação insipiente** entre os usuários dos serviços e os profissionais de referência, diminuindo a acurácia diagnóstica e terapêutica. É do vínculo que emana a responsabilização, tão necessária ao acompanhamento das pessoas no interior do sistema de saúde;
- g) **Gestão autocrática**, com foco na centralização de decisões na alta administração, gerando insatisfação e descompromisso por parte dos trabalhadores, pois contribui para tomada de decisões isoladas, que priorizam interesses individuais, diminuindo a autonomia dos sujeitos e sua participação no cotidiano da organização.

Identificamos na Regulação do Acesso um potencial favorável para compor saídas para as questões levantadas acima. Se considerarmos o que seria um conceito ampliado, ou seja, para além das centrais de marcação de consultas ou de internação. Podemos conceituar a Regulação do Acesso como: regras/pactos que são estabelecidas, para mediar a relação entre as demandas e necessidades em saúde da população e os serviços, articulados em rede, também integrando-os de forma complementar, para que se tenha a assistência necessária à integralidade dos casos. Essa mediação se dará:

- a) Pela seleção no nível local dos casos que merecem atenção especial, utilizando-se da rotina de atendimentos, das situações identificadas no cadastramento das famílias, das situações de risco/vulnerabilidade mais prevalentes;
- b) Pelo agendamento no nível local por sistema informatizado, que permita a publicização dos recursos disponíveis e seu uso;
- c) Pelo Acolhimento, com classificação de risco/vulnerabilidade, para os casos não programados ou imprevistos;
- d) Pelo Apoio Especializado Matricial à atenção básica;
- e) Pelas Centrais Ambulatoriais, regulando o acesso a consultas e exames;
- f) Pelas Centrais de Urgência e Emergência, articulando o pré-hospitalar móvel e fixo com os hospitais;

g) Pelas Centrais de Internação, inclusive para procedimentos eletivos.

O trabalho que buscamos discutir demonstrou que de fato é possível gerar um efeito integrador de rede através da regulação, desde que venha como elemento de um esforço maior, que é propor modelos de atenção para o SUS. Provavelmente, em um contexto que não se trabalhasse a ampliação da clínica e a resolução dos casos a partir da atenção básica, o acesso tivesse apenas um papel burocrático, sem de fato mudar a realidade das pessoas que precisam de um acompanhamento em saúde.

Nesse sentido, integrado a proposições que interferem na clínica e na saúde coletiva, a regulação aparece como inovação, que supera o espontaneísmo ou a burocratização do acesso imposta pelas dificuldades de organização dos serviços, como vimos no relatos dos entrevistados. Portanto, houve um apontamento de alternativas para a mudança, gerando solidariedade entre os serviços, que passaram a funcionar em rede.

Mas vimos também o inverso, o potencial centralizador e segregador que têm esses mecanismos, quando o objetivo é conter a demanda, mesmo que em local inadequado, destituindo completamente a Atenção Básica da possibilidade de dialogar com hospitais e ambulatórios especializados.

Na verdade o contexto estadual determinou limites para o projeto municipal, a partir do momento em que usou sua capacidade de oferta para impor um modelo contraditório ao proposto pelo município, onde o centro seria a UPA. Passaremos a falar disso agora, uma vez que a tendência hoje é de aprofundamento desse modelo no município.

5.2 Modelo coordenado pela APS *versus* centralidade em UPA's

Quando se pensa em Atenção Primária à Saúde, leva-se em conta que esse seria, preferencialmente, o primeiro contato das pessoas com um complexo de serviços, quando for necessário resolver algum problema de saúde. Isso deve funcionar com cada unidade tendo sua população adscrita e se integrando com outros serviços de forma regionalizada. Testa (1992) afirma que nos países que não conseguem garantir isso, a atenção primária se transforma em atenção primitiva, ou seja, em serviços de segunda categoria para uma população idem. Mesmo com o

discurso que é melhor alguma assistência do que nenhuma, tem-se que admitir que a qualidade do serviço prestado ficará aquém do necessário.

A rede básica no Brasil, não tem conseguido se tornar porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. Esse papel ainda é dividido com o exercido pelos hospitais, através de seus serviços de urgência e dos seus ambulatórios. O fato demonstrado por Cecílio (1997), aponta que em geral não faz diferença para os usuários acessar a unidade básica, quando é preciso o acesso a um serviço especializado ou realizar uma cirurgia, por exemplo. Muitas vezes isso é menos difícil, estando ele no ambiente de uma emergência e isso faz com que cada cidadão monte suas estratégias de sobrevivência, em um sistema desarticulado.

Em Recife, o que verificamos foi um processo de mudança no âmbito do município, com objetivo de produzir assistência integral à população, baseado em um conjunto de diretrizes que favoreceram a ampliação da clínica e o funcionamento em rede no sistema de saúde, mas que teve na disseminação de UPA's no território por parte do governo estadual uma contradição. Vale ressaltar que o município já contava com cinco serviços de pronto-atendimento municipais, que vinham sendo articulados ao restante da rede, além das emergências dos treze hospitais estaduais, que variavam de perfil. Outra consideração para ser feita é que essas cinco UPAS's foram implantadas dentro de um programa federal de incentivo e estavam classificadas em porte III, com capacidade de atender uma área de 300.000 habitantes cada uma, sobrepondo a área de cobertura dos serviços existentes.

A consequência de um modelo de atenção centrado no pronto-atendimento é a inadequação do atendimento prestado. É claro que em algumas situações, de sofrimento agudo, a procura por este serviço seria pertinente. A questão é que, junto com esses casos são atendidas um grande número de pessoas, que deveriam ser abordadas em outros espaços, pois apresentam queixas relacionadas às doenças crônicas. Neste caso essas pessoas têm um atendimento incompleto, descontinuado; mas além de insuficiente, o ambiente de urgência é propício a intervenções desnecessárias, pois é baseado no regime de queixa-conduta, tendo uma possibilidade importante de dano a quem é atendido.

O primeiro impacto junto à população, de um novo serviço de pronto-atendimento, é positivo, pois amplia acesso. No entanto, forma-se um ciclo perverso, pois o trabalhador de saúde percebe que seu trabalho é inadequado e pode gerar danos adicionais e os usuários percebem que o atendimento recebido é paliativo e

insatisfatório. No entanto essas unidades, além de muitas vezes serem as únicas que o cidadão tem disponível, são sedutoras pela disponibilidades do acesso. Além de diminuir a efetividade do sistema, pois resolve pouco e acaba gerando custos adicionais pelo agravamento dos quadros, lança esforços e recursos financeiros, para uma solução que não atende aos problemas que enfrentamos no setor saúde (CECÍLIO, 1997).

Ao falar das variações dos semblantes da Clínica, Campos (2003) escreve que eles poderiam ser, quando comparados à Clínica Oficial, de uma Clínica Degrada ou Ampliada. Quanto à Clínica Degradada, seria assim devido a contextos socioeconômicos, que a determinam, de forma que passam a ter sua potencialidade de resolver problemas diminuídos. Como exemplo tem o gerenciamento de empresas médicas, que impõe restrições à prática médica ou ao modelo de pronto-atendimento praticado em diversas instituições públicas, no que foi denominado de regime de “queixa-conduta”.

O lema do pronto-atendimento é atender mais gente doente, e atender logo. Dalmaso (1994) afirma que a consulta médica imediata teria que ser um tipo de atendimento articulado a outras modalidades, como: agendamento ambulatorial para seguimento, consulta especializada ou internação hospitalar. Portanto, para ela o pronto-atendimento teria uma baixa potência onde não há articulação de rede ou há escassez dos componentes citados. Ao descrever como funciona uma unidade destas, diz que ao responder à demanda imediata dos usuários, centra-se na seleção da queixa principal por parte de um médico, a investigação é feita de forma sucinta, através de uma anamnese mínima e de um exame físico dirigido, sobre um corpo simplificado. O tempo de consulta é mínimo e há uma tendência de compensar isso solicitando muitos exames complementares. O diagnóstico médico é, com frequência, sindrômico, correspondente a um instantâneo fotográfico.

Como relatado acima, a hipertrofia da queixa evidenciaria um deslocamento do diagnóstico para o tratamento que, devido à simplificação, corre-se o risco de se optar muitas vezes por uma atuação ineficaz, desnecessária ou prejudicial. Unidades de Pronto Atendimento são espaços propícios à prática da queixa-conduta, muito embora tenhamos sempre que fazer ressalvas, quando generalizamos, lembrando que esse tipo de serviços têm seu papel, mas que claramente não deveria ser o de ordenador ou centro de uma rede de saúde. Quando não temos diretriz para a

atenção básica, também corremos esse risco, pois há uma tendência ao automatismo e à desresponsabilização com as pessoas.

É inegável, no entanto, que alguma legitimidade os serviços de urgência têm em Recife, em grande medida, devido a atenção básica na cidade ter uma história recente. Eles vivem lotados, com um número crescente de atendimentos, o que passa a impressão, que acreditamos verdadeira, de que ali a população não está conseguindo resolver seus problemas de saúde. Na maioria das vezes, o tratamento é paliativo, de modo que o problema de fundo - a hipertensão, o transtorno mental, a asma - não é enfrentado.

É lógico que temos um conjunto de situações que se beneficiam do pronto-atendimento, como vítimas de acidentes ou situações clínicas agudas mais graves ou que ocorram durante noites e finais de semana, quando a UBS não funciona. A solução seria que a quantidade de serviços como esse, fosse compatível com uma rede de saúde diversa, mas com coordenação na atenção básica e que, com base em protocolos, os serviços encaminhassem os pacientes, de forma segura, para os espaços mais adequados ao seu tratamento. Outra ação que ajuda a desconcentrar o atendimento nesses locais, como verificado na presente pesquisa, é o Serviço de Atenção Domiciliar, além do Acolhimento na atenção básica; seriam estratégias de “desupização” da saúde.

Os resultados desta pesquisa, apontam para a necessidade de investimentos massivos em infraestrutura nas USF do Recife; além de ampliação da quantidade de profissionais por ESF, considerando um padrão diferente para grandes cidades; adequação a um padrão populacional próximo ao preconizado pelo MS. Ficamos com a certeza, que ter acesso aos serviços de uma UBS, que trabalha em rede e se preocupa em fazer uma Clínica Ampliada é, na maioria das situações, mais importante do que qualquer serviço de pronto-atendimento ou do que qualquer ambulatório de hospital.

5.3 Entre o círculo e a antirede de atenção à saúde

A concepção hegemônica no SUS é a de um sistema hierárquico, com desenho de rede em formato de pirâmide, composto de três níveis, que seriam: atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Segundo Mendes (2012), essa concepção deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção,

em que rompem-se as relações verticalizadas, passando-se a ter redes horizontais, tendo a APS no centro.

Para Cecílio (1997), o sistema de saúde seria mais adequado em um formato de círculo, com múltiplas portas de entrada, localizadas em vários pontos da rede. Ele questiona a figura da pirâmide, pois traz a idéia de topo, de uma certa hierarquia tecnológica, tendo o hospital no seu vértice. O necessário seria que o sistema de saúde fosse organizado na lógica do que seria importante para cada usuário, no sentido da hierarquia do caso, onde se ofereceria a tecnologia mais adequada, em local mais adequado e no melhor momento.

Verificamos que a opção do Recife, no período estudado, foi de uma rede em formato circular, mas com entrada preferencial na Atenção Básica. Significa dizer que os serviços articulados em rede, devem manter uma comunicação com o nível local, que tem como atribuição o cadastro no sistema e o acompanhamento cotidiano do indivíduo e sua família. Trabalhou-se com a possibilidade, estabelecendo a articulação da Regulação do Acesso, de construir a integralidade a cada caso, à partir das demandas estabelecidas pelas equipes em conjunto com os usuários, de forma a complementar esforços no enfrentamento dos problemas de saúde. Ou seja, uma pessoa que se submete a um transplante de fígado, deverá ser acompanhada pela unidade especializada por um bom tempo, tempo este em que essa unidade será a mais importante no acompanhamento de sua saúde; no caso de uma pessoa com hipertensão de difícil controle, mas sem lesão em órgão alvo, o apoio matricial ou a consulta com o cardiologista vem a complementar quem, como na grande maioria dos casos, seria o mais importante nesse acompanhamento, a unidade básica.

Compor a oferta necessária, a partir de cada caso, significa manejar a oferta existente no sistema, portanto com limites, tendo em vista a resolução dos problemas de saúde, preferencialmente, no âmbito da Atenção Básica mas também responsabilizando os serviços de referência, quando necessários, pelo atendimento integral dos casos. Essa autonomia das equipes, também deve ser relativizada por protocolos, frutos de consensos da rede de saúde, que sirvam de orientação inclusive, para o acesso aos recursos assistenciais disponíveis.

O fato é que a rede básica de saúde, tem tido dificuldades para desempenhar o papel de entrada preferencial para o sistema. A porta de entrada principal continua sendo os hospitais, através de seus serviços de urgência e dos seus ambulatórios e

a alternativa apontada para reverter essa situação é o advento das UPA's. No caso de Recife, a melhor organização do acesso à atenção especializada por meio das Centrais de Regulação, repercutiu positivamente pois agregou possibilidades às unidades básicas, com o imediato aumento de vagas para diversas especialidades, no entanto ainda não era suficiente para atender a demanda dos serviços.

Os motivos para isso vão desde dificuldades na gestão das unidades especializadas, que ainda conservavam clientela cativas, que poderiam ser acompanhadas na APS e passam pelos encaminhamentos, muitas vezes desnecessários. Um agravante é que, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cerca de 65% da oferta ambulatorial especializada, encontrava-se em serviços estaduais e estes atendiam através de demanda espontânea, utilizando-se dos ambulatórios especializados como porta de entrada e sem nenhuma interlocução com a rede básica.

Isso expõe a necessidade da gestão do SUS, com seus diferentes entes, também ser articulada em rede. Daí a necessidade de avançar na regionalização e em seus mecanismos de gestão compartilhada, o que parece uma realidade distante em Pernambuco. O que verificamos resume-se a formalizações inócuas, para obedecer portarias ministeriais, mas que não percorrem o caminho da intenção para o gesto. Essa nos parece a forma de termos um sistema de fato único, ao mesmo tempo que diverso.

Esses ambulatórios dos hospitais, seriam o que Cecílio (1997) chama de peças soltas dentro do sistema, sem articulação até mesmo com a internação dos hospitais onde funcionam. Formaria, junto com o formato de inclusão das UPA's, o que chamamos aqui de anti-rede, contribuindo para a desarticulação no sistema e concorrendo com a APS.

A população tenta garantir alguma integralidade no atendimento por conta própria. É necessário pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e incorporação de novas formas de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas. Daí que se supõe um arredondamento da pirâmide, caminhando para uma rede circular, com o território coordenado pela atenção básica, mas com várias entradas e arranjos, a depender da singularidade dos casos (CECÍLIO, 1997, p.472).

O círculo associa-se a idéia de movimento, de vários fluxos possíveis. Se é assim, teríamos que qualificar a entrada de todos os serviços, pois ela não deve ser

um encargo exclusivo da atenção básica. Portanto ter população adscrita, representada pelas UBS às quais é referência; reconhecer grupos vulneráveis, com maior risco, para priorizar o atendimento; bem como acolher o não programado deve ser feito por todos os serviços da rede. Isso inclusive para oferecer as possibilidades que cada um tem em sua unidade básica. Assim foi feito em Recife, porém foi dado prioridade ao esforço de atuar junto à Atenção Básica, esforço esse recompensado com uma maior adesão à proposta por parte destes.

6 À BUSCA DE CONCLUSÃO

A presente pesquisa apresentou uma narrativa sobre a Regulação do Acesso à Assistência à Saúde, no âmbito do modelo de atenção Recife em Defesa da Vida, implementado no triênio 2009-2011. Procuramos apresentar as diretrizes do modelo, os dispositivos e arranjos institucionais priorizados na Atenção Básica, como forma de análise do processo de gestão para reformulação das práticas na saúde.

Houve uma aposta na indissociabilidade entre atenção e gestão, estando juntos no processo de produção de saúde e fortalecimento dos sujeitos implicados. Isso significa dizer que o mundo que se conhece é fruto da ação das pessoas sobre ele, que elas mesmas constroem. No entanto, a ação deve estar próxima das intenções manifestas durante o processo de gestão, sendo algo fundamental para atribuir credibilidade aos gestores do Sistema de Saúde, do contrário ficamos contemplando a distância entre as intenções, representadas pelos discursos pautados na Atenção Primária à Saúde e os gestos, representados pela forte indução financeira na atenção hospitalar e na expansão desmedida de Unidades de Pronto Atendimento.

A experiência na saúde do Recife, deve ser entendida como afirmação da sustentabilidade e legitimidade do SUS. Como uma aposta em que a dimensão do público e do coletivo precisam ser entendidas como dimensões das redes. Uma rede quente, que comporta esperança, vínculo, solidariedade e outra concepção de relação entre as pessoas e os grupos, muitas vezes tomados como objetos pelas instituições de saúde. Mais do que experimentação, trata-se de um movimento de resistência biopolítica. Por um SUS público, comum na produção de autonomia e na produção de saúde.

A pesquisa que foi desenvolvida, nos permite afirmar que as diretrizes de Regulação do Acesso foram parte integrante da proposta de modelo de atenção, induzindo a formação de redes de atenção no município estudado, tendo esse tema aparecido de forma marcante nestas proposições.

O município do Recife optou, para favorecer uma atenção integral, por um desenho de rede de atenção que se propunha a horizontalizar a relação entre os serviços de saúde, sendo apresentado em formato circular, sendo coordenada pela Atenção Básica e tendo nela a porta de entrada preferencial para o SUS na cidade. Para favorecer essa mudança, optou-se pela implantação de arranjos e dispositivos

de acesso, com destaque para o Acolhimento, o Apoio Matricial e as Centrais de Regulação.

Verificou-se que o Acolhimento, além de favorecer o acesso, dando vazão aos casos não programados e facilitando o contato com outras unidades, trouxe mudanças nos processos de trabalho das equipes. Isso por ter sido encarado como uma mudança de práticas, em que o trabalhador estava incluindo, podendo inventar seus modos de fazê-lo, compartilhando com a equipe de saúde e gerando relações de confiança entre ela e a população pela qual é responsável. Nas urgências, foi a oportunidade de reorganizar os serviços à partir das necessidades de cada pessoa a ser atendida, classificando-as de acordo com a gravidade dos casos e estabelecendo pontes com outros serviços, quando necessário.

O Apoio especializado Matricial revelou-se um dispositivo potente para melhorar a assistência, na medida que possibilitou a troca de saberes e instrumentalizou a Atenção Básica, formando uma “rede viva”, na medida em que se dava presencialmente e abordando casos concretos. Evidenciamos que houve presença de especialistas nas UBS, além do NASF e do SAD, que também cumpriram este papel.

As Centrais de Regulação fizeram com que o acesso à oferta especializada fosse de fato ordenada pela Atenção Básica, revelando-se como importantes articuladoras de rede. Também revelou um movimento de descentralização e aproximação do território, firmando pactos e mantendo a comunicação cotidiana com os serviços vinculados.

Os grupos entrevistados percebem o que relatamos acima de forma variada, sendo os trabalhadores das unidades de saúde os que visualizam os arranjos e dispositivos em particular, tendo todos afirmado que houve melhora no acesso aos serviços. Já os trabalhadores da área de Regulação trazem com muita força o conflito, no campo das propostas, com a gestão estadual da saúde, apontando a todo momento que isso deu limite à melhoria do acesso. Enquanto os gestores demonstraram uma visão ampla do processo, trazendo inclusive indicadores que teriam melhorado no período como: redução da Mortalidade Infantil e Materna, redução das doenças imunopreveníveis, junto com o aumento da cobertura vacinal e do pré-natal, entre outros.

As mudanças percebidas foram parte de um processo maior, representado pela proposta de modelo de atenção, que tinha entre o seus princípios a inclusão do

trabalhador como, em alguma medida, gestor de seu próprio trabalho. Então as rodas por unidade, por regiões, por temática, nas Conferências, nos Seminários foram exaustivas e fizeram com que o projeto, ajustado a cada encontro, fosse produto do coletivo. Outras ações como a atualização do Plano de Cargos e Vencimentos, realização de amplo concurso público e incentivo à educação permanente estiveram presentes.

Segundo Testa (1992) uma organização lábil não pode ser determinante de um método. Ele afirma isso classificando de subdesenvolvimento, a imaturidade de organização, a descontinuidade do que nas instituições não chegam a adquirir uma tradição e nem implantar normas que lhe dê permanência frente às conjunturas. No caso que estudamos, a tentativa foi de reconhecer a tradição e o que tem de positivo nela e tentar fazer mudanças e estabelecer novas bases para a saúde na cidade. É prematuro de nossa parte afirmar que se conseguiu o objetivo, o que é inconteste é que movimentos potentes foram gerados nesse sentido.

Confirma-se como estratégia fundamental para reorganização da atenção, a Regulação do Acesso à Assistência à Saúde, desde que tenha seu potencial direcionado para articular redes de atenção, servindo de fio condutor para o fluxo de pacientes entre os diversos serviços, explicitando gargalos de acesso, bem como garantido a coordenação da rede a partir da Atenção Básica em Saúde.

Acreditamos que a tarefa agora é aprofundar e reinventar esses saberes, trabalhados nessa tese, adaptando-os às novas situações que estão por vir, mantendo-se com a finalidade de produzir saúde, produzir liberdade no trabalho em saúde e fortalecer o SUS o quanto política pública garantidora de direitos.

Mas, “devemos entender que a construção do futuro é tarefa cotidiana, que a história é prática que se realiza dia a dia como uma construção política; a história do futuro devemos escolhê-la hoje como prática de liberdade (TESTA, 1992).

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. do S. V. **A promoção da equidade na política de saúde da cidade do Recife – 2001 a 2008**. 2011. Tese (doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ANDRADE, L.O.M.; BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família**. São Paulo: Hucitec, 2007.

AYRES, J. R. de C.M. **O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BASTOS, P. F. **A estratégia de saúde da família no contexto sócio-urbano do Recife: uma contribuição à análise das desigualdades territoriais na saúde e seus determinantes**. 2009. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Avanços e Desafios na Organização da Atenção Básica à saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988**. Brasília, DF: Centro de Documentação e Informações, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n 339, de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 de fevereiro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006. (Série Pactos, v.4).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559 de 1 de agosto de 2008. Institui da Política nacional de Regulação do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2008

BUENO, G. W S. Betim: construindo um gestor público pleno. In: MERHY, E. E. **Agir em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 169 – 195.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. **Um Método para análise e cogestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. **Manual de Práticas de Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2008.

CARMO, M. et al. **A urgência e emergência e sua integração com os outros níveis de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Maza, 2011.

CASTELLS, M. Communication, power and counter-power in the network society. **International Journal of Communication** 1, Los Angeles, v. 15, n. 5, p. 238 – 266, out. 2007.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, maio. 1997.

COELHO, B. P. **O Reencantamento do Concreto**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pesquisas Aggeu, Fundação Oswaldo Magalhães, Recife-PE, 2006.

_____. **A reformulação da clínica a partir de diretrizes para a atenção e gestão na saúde: subjetividade, política e invenção de práticas**. 2012. Tese (doutorado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

COELHO, I. B. **Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde**, em Manual de práticas de atenção básica. São Paulo: Hucitec, 2008.

COELHO, B. P.; COUTO, G. A. O Modelo de Atenção e Gestão em Recife: a dupla tarefa da produção de saúde e da produção de sujeitos no SUS. **Divulgação em Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 42 – 48, maio 2009.

CUNHA, G.T.; CAMPOS G.W.S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 38, n. 102, p. 103 – 110, 2011.

CZERESNIA, D. I. et al. **AIDS, Pesquisa Social e Educação**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DALMASO, A. S. W. O atendimento não-programado: o pronto-atendimento nas ações programáticas em saúde. In: SCHRAIBER, L. B. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1994.

DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. Campinas: Ed. Associados, 2008.

FAGUNDES, J.; PONDE, J.L.; POSSAS, M.. **Defesa da Concorrência e Regulação**. Brasília, DF, 2000. Disponível em <www.ans.gov.br>. Acesso em: 15 jan. 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1989.

GIOVANELLA L. et al. Sistemas Municipais de Saúde e as Diretrizes da Integralidade da Atenção; Critérios para Avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 10 – 23, 2002.

GIOVANELLA, L. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013.

JORGE, A. O. et al. **O desafio da regulação como facilitadora de acesso e garantidora da equidade**. Belo Horizonte: Maza Edições, 2011.

KUSCHNIR, R. et al. **Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

KVALE, S. **Interviews, An**: Introduction to qualitative research interviewing. London: Sage publications, 1996.

LOPES, M. I. P; MATOS, S.G. A construção da mudança do modelo de atenção com ênfase na atenção primária. In: MAGALHÃES Jr., H.M. **Desafios e Inovações na Gestão do SUS em Belo Horizonte**: a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Maza Edições, MG, 2011.

MAGALHÃES Jr., H.M. **O Desafio de Construir e Regular Redes Públicas de Saúde , com Integralidade, em Sistemas Privados-Dependentes**: A Experiência de Belo Horizonte. 2006. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2006.

MAGALHÃES Jr., H.M. **Desafios e Inovações da Gestão do SUS em Belo Horizonte**: a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Maza Edições, 2010.

MASSELI, M.C. **Estresse e Trabalho de Monitoras de Creche**: Uma Abordagem Multidisciplinar. 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

MATTOS, R. A. A integralidade na Prática (ou Sobre a prática da Integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411 – 1416, set./out. 2004.

MENDES, A. C. G.. **Avaliação da qualidade da assistência de urgência e emergência**. 2006. Tese (doutorado) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

MENDES, E. V. M. **O Cuidado da Condições Crônicas na Atenção Primária à saúde**. Brasília: Opas, 2012.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. O. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. Elias. **O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido**. Campinas, material entregue em sala de aula. 2006.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

OLIVEIRA, G N. **Apoio matricial como tecnologia de gestão e articulação em rede, em Manual de Práticas de Atenção Básica**. São Paulo: Hucitec, 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Informe Dawson, sobre el futuro de los servicios médicos y afines**. Washington, 1964.

MENDONÇA, C.S.; REIS, A.T.; MORAES J.C. (Org.). **A Política de Regulação do Brasil**. Brasília: OPAS, 2006.

PASCHE, D. F. **Contribuições para O Fortalecimento da Atenção Básica**. (Cadernos Humanizadas), Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. Clínica, política e as modulações do capitalismo. In: _____. **Clínica e Política**. 2. Rio de Janeiro: Abaquar, 2009.

FRENTE POPULAR DO RECIFE. **Programa de governo 2009-2012**. Recife, 2008

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Relatório anual de gestão ano 2009**. Recife, 2009.

_____. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Recife, 2010.

_____. Secretaria de Saúde. **Relatório anual de gestão ano 2010**. Recife, 2010.

_____. Secretaria de Saúde. **Relatório anual de gestão ano 2011**. Recife, 2011.

RIGHI, L. B. **Poder Local e Inovação no SUS**: estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios do estado do Rio Grande do Sul. 2006. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

RIGHI, L. B. **Redes de Saúde**: Uma Reflexão sobre Formas de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SANTOS, B. S. **A Crítica da Razão Indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez, 2000.

SANTOS, L. **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Campinas: Saberes, 2011.

SANTOS, M. O. **Território, Globalização e Fragmentação**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. **A regulação Pública da Saúde no Estado Brasileiro**: uma Revisão. São Paulo: Interface, 2006.

SILVA, S. F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Campinas: Saberes, 2011.

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

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, C. M. **Paradoxos na mudança do SUS**. 2005. Tese (doutorado) – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, 2005.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e método. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

- 1) Como você descreve a proposta de implantação de dispositivos como Acolhimento, Apoio Matricial e Centrais de Regulação.
- 2) Quanto ao Acolhimento, quais as mudanças perceptíveis no acesso e na assistência que é prestada.
- 3) Quando você precisa encaminhar pacientes para atendimento especializado, como você procede?
- 4) Quanto ao Apoio Matricial, quais as mudanças perceptíveis na assistência prestada.
- 5) Quanto às Centrais de Regulação, quais as mudanças perceptíveis no acesso aos serviços e acompanhamento dos pacientes.
- 6) Como é a comunicação entre as unidades da rede de saúde, seja básica ou especializada (discutem casos, combinam condutas, avaliam o sistema de referência e contra-referência).



APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução 196/96)

Recife, _____ de _____ de 2012.

Convido Vossa Senhoria a participar do estudo, intitulado “**O Potencial Articulador da Regulação do Acesso à Assistência a Saúde: O Caso de Recife**”, cujo objetivo é analisar o papel da] Regulação do Acesso à Assistência a Saúde na formação de redes Integradas de atenção no município de Recife entre 2009 e 2011, cujo pesquisador responsável é Tiago Feitosa de Oliveira como parte da pesquisado Doutorado em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

A pesquisa em questão tem relevância para análise da Política de Saúde ofertada pelomunicípio de Recife e se os resultados desta provocam mudanças para melhoria dos serviços de saúde, bem como para o fortalecimento da rede do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal. Esse é o benefício do estudo, havendo o risco individual de constrangimento para o entrevistado, atribuído à participação enquanto sujeito e informante chave.

Faz parte dos procedimentos metodológicos a gravação da entrevista, com posterior transcrição da mesma, para que posteriormente os dados da escuta possam ser usados na pesquisa. Será revelado o conteúdo da discussão realizada, porém a identidade do sujeito individual fornecedor da opinião, informação ou tema da entrevista será preservada e mantida em sigilo.

Você tem liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem sofrer nenhum tipo de penalização ou pressão. Não haverá ressarcido financeiro para participar deste estudo. Esse termo de consentimento livre e esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma com o pesquisador responsável e outra com o entrevistado sujeito da pesquisa.

Tiago Feitosa de Oliveira -Responsável pela pesquisa

Contatos: 81-88916381 81-32650155

Eu, _____

RG _____, **aceito participar desse estudo.**

Fui informado (a) sobre as questões que orientam a discussão da qual participarei como sujeito da pesquisa, sendo entrevistado, para tanto autorizo a gravação e uso dos dados dessa escuta.

Tomei ciência e estou esclarecido do nome do pesquisador, da instituição ao qual ele está vinculado, do nome do projeto de pesquisa, do objetivo da pesquisa, do método que será utilizado (entrevista), dos riscos e benefícios de participar do estudo. Está claro para mim que será revelado o conteúdo da discussão realizada, ficando a minha identificação mantida em sigilo e que ficarei com uma via deste TCLE, na qual consta o contato do pesquisador.

Participante Entrevistado