



EM DEBATE

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Olivetti Albieri, Flavius Augusto; de Oliveira Cecilio, Luiz Carlos
De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a
regulação do acesso ambulatorial

Saúde em Debate, vol. 39, diciembre, 2015, pp. 184-195

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406344165016>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial

Facing medical doctors: a communicative management strategy to qualify ambulatory access regulation

Flavius Augusto Olivetti Albieri¹, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio²

RESUMO O presente artigo mostra como oficinas descentralizadas de regulação do acesso, uma estratégia de gestão de base comunicativa adotada no município de Diadema/SP de 2008 a 2011, resultaram em transformações nos processos de trabalho local, apesar de guardarem ritmos e iniciativas diferentes entre si. Após as oficinas, pode-se identificar a redução de 18% de encaminhamentos para consultas especializadas, e de 9% em exames de apoio diagnóstico. O estudo aponta alguns dos desafios postos para viabilizar um maior protagonismo da Atenção Básica nos processos regulatórios municipais, em particular nesse momento que a política de saúde a define como coordenadora do cuidado da rede de serviços.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Instituições de Assistência Ambulatorial; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde; Regulação e Fiscalização em Saúde.

ABSTRACT *The present article shows how the decentralized access regulation workshops, a communicative-based management strategy adopted in Diadema/SP from 2008 to 2011, resulted in changes in the local work processes, although keeping different rhythms and initiatives among them. After the proposed workshops, it could be identified a reduction of 18% of referrals to specialist consultations, and 9% in support diagnostic tests. The study highlights some of the challenges to enable a greater role of Primary Care in municipal regulatory processes, particularly when health policy defines it as the coordinator of care within the service network.*

KEYWORDS Primary Health Care; Health services accessibility; Ambulatory care facilities, Health policy, planning and management; Health care coordination and monitoring.

¹Secretaria Municipal de Saúde de Diadema – São Paulo (SP), Brasil
flavius.albieri@gmail.com

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil
luizcecilio60@gmail.com

Introdução

O conceito de regulação ainda é pouco estabelecido e sua definição varia conforme os autores e as diferentes áreas de uso. Até hoje, é muito difícil propor uma definição unificada dele. Apesar disso, é possível inferir que a ideia de regulação esteja alinhada às noções de sistema e de complexidade (PRÉVOST, 2000). O próprio termo sistema já indica que se fala sobre vários mecanismos em relação de dependência, a fim de se alcançar um efeito determinado (SCHNEEBERGER, 1994).

No direito, a regulação é a atividade que consiste em assegurar o equilíbrio entre direitos e deveres pretendido pela lei. Ao mesmo tempo, a regulação traz consigo a ideia de que o papel do Estado é comandar diretamente os atores sociais, estabelecer as ‘regras do jogo’ e garantir que sejam respeitadas (CHEVALLIER, 1995; GAZIER; CANNAC, 1984).

Já nas ciências sociais, a discussão da regulação está relacionada à existência de grupos sociais ou sociedades razoavelmente duráveis, apesar da grande variedade de interesses de seus membros (LAWE, 1977), representando, portanto, um modo de conciliação de conflitos na organização de processos decisórios (MIAILLE, 1995).

De acordo com Ferreira (2004), o conceito de regulação mais utilizado na literatura dedicada ao tema é o que define a regulação como ‘uma influência deliberada do Estado’, abarcando toda e qualquer ação concebida para influenciar, de algum modo, regularizar o comportamento da indústria ou da sociedade (o que inclui não apenas a regulamentação, mas os incentivos econômicos, a contratualização, divulgação de informação, entre outros aspectos). Nesse caso, a regulação tanto pode ser entendida como facilitadora e positivamente incentivadora de comportamentos como restritiva e preventiva em face de atividades ou ocorrências consideradas indesejadas pelo Estado.

O conceito de regulação tem sido empregado nos sistemas de saúde em dois

sentidos principais: no primeiro, relativo ao subsistema público, ela é entendida tanto como o controle de acesso dos usuários aos serviços de saúde como o ato de criar e implementar regras. No segundo, com respeito ao subsistema privado, a regulação é concebida como a correção de falhas nas relações do mercado da saúde.

A regulação está, portanto, vinculada a distintas e variadas ações: regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação. No entanto, observa-se a ênfase normativa e burocrática para essa forma de conceituar a regulação, expressa geralmente como o ato de cumprir regras.

Santos e Merhy (2006) afirmam que o ato de regular em saúde é um componente do campo de prestação de serviços, sendo exercido pelos atores que proveem ou contratam serviços de saúde. Os autores apontam ainda a existência de diferentes conceitos, práticas e finalidades da regulação em saúde, sendo ainda objeto de debate, com diferentes compreensões sobre o tema.

De acordo com o Informativo Anual de 2000 da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), a regulação é função de governança dos sistemas de saúde; ela está atrelada à função do Estado de ordenar as relações de produção e distribuições de recursos, bens e serviços de saúde.

No Brasil, existe regulação em saúde desde a época dos extintos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estabelecendo regras para a utilização de serviços de saúde por seus beneficiários. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e a expansão de ampla rede de prestadores privados por todo o País, via pagamento por procedimentos, intensificou-se a necessidade de um maior controle, por meio da regulação em vários aspectos: comercial, administrativo, financeiro e assistencial. Vale ressaltar que, nesse período, ainda se observava pequena influência das ações regulatórias no âmbito assistencial, ainda muito centradas nos gastos, na imposição de regras e fluxos normativos (SANTOS; MERHY, 2006).

O conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde têm sido desenvolvidos progressivamente desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) foi editada com o objetivo de organizar a regionalização da assistência, visando promover maior equidade na destinação dos recursos às ações e serviços de saúde e garantir o acesso a todos os níveis de atenção, buscando enfrentar o que foi denominado de ‘atomização do SUS’ em sistemas municipais isolados, e remetendo aos estados a competência de organizar o fluxo da assistência intermunicipal, por meio do Plano Diretor de Regionalização (BRASIL, 2002). A regionalização, como estratégia de conformar uma rede intermunicipal hierarquizada de referência especializada, apontou a necessidade de organização de fluxos de referência e contrarreferência, assim como a implantação de instrumentos e estratégias que intermediassem o acesso dos usuários aos serviços, trazendo para a pauta o conceito de ‘regulação assistencial’ como a “disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada” (BRASIL, 2002).

Essa norma propõe que a Programação Pactuada Integrada (PPI) seja um dos instrumentos de planejamento integrado, e a define como

o processo instituído no âmbito do SUS para a alocação dos recursos da assistência à saúde nos estados e municípios brasileiros resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores, das prioridades, metas critérios, métodos e instrumentos no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios. (BRASIL, 2002).

O conceito de regulação assistencial está atrelado a alguns pressupostos, como o processo de planejamento e programação, a definição da estratégia de regionalização, o médico regulador como autoridade sanitária instituída pelo gestor e a interface da regulação com os processos de planejamento, programação, controle e avaliação. Delimitando claramente a regulação do acesso dos usuários aos serviços assistenciais, a Noas trouxe também a noção de complexos reguladores, definindo que a regulação

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).

A partir da publicação da Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008), o Ministério da Saúde busca um conceito mais ampliado de regulação, definindo-a segundo a sua atuação nos sistemas de saúde (regulação sobre sistemas), sobre a produção direta das ações e serviços de saúde (regulação da atenção) e sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde (regulação do acesso). Esses conceitos associam e articulam as ações de regulação em saúde ao monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.

Este artigo tem como objetivo principal avaliar e analisar as possíveis contribuições de uma estratégia de gestão governamental de base comunicativa – os ciclos de oficina de regulação do acesso à saúde –, para o aprimoramento do consumo de serviços de saúde no sistema municipal de saúde da cidade de Diadema (SP). Para isso, foi imprescindível reconstituir como os ciclos de oficinas foram realizados e, a partir de grupos focais, caracterizar a percepção dos médicos, gerentes e reguladores (entendidos aqui como operadores da regulação governamental) em relação às possíveis contribuições que as oficinas trouxeram para seus processos de trabalho.

O contexto do estudo: a regulação do acesso ambulatorial no município estudado

A Divisão de Regulação Ambulatorial, Auditoria, Avaliação e Controle (Draac), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Diadema, foi criada com o objetivo de aperfeiçoar a utilização dos recursos de saúde existentes no município, promovendo os princípios da equidade e da integralidade do cuidado, entendendo a regulação da atenção à saúde como o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações utilizado para ordenar, orientar, definir e intermediar, avaliar e monitorar a demanda e o acesso dos usuários aos serviços de saúde (DIADEMA, 2010).

O Complexo Regulador do Acesso da SMS, é composto pela Central de Regulação do Acesso Ambulatorial (incluída na Draac), pela Central de Regulação do Acesso a Urgências do tipo pré-hospitalar móvel (ou ainda, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), pela Central de Regulação de Urgência Inter-hospitalar, por uma Central de Regulação do acesso aos leitos e pela Central de Transporte Sanitário Ambulatorial.

A Central de Regulação do Acesso Ambulatorial (consultas médicas especializadas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) – foco deste estudo – busca, de maneira articulada, adequar a oferta de serviços de saúde à demanda gerada pela Atenção Básica (AB) à saúde e outros serviços da rede municipal, além de produzir a integração de todos os recursos disponíveis na rede de atenção à saúde, por meio de fluxos capazes de garantir o acesso em tempo oportuno e seguro às tecnologias necessárias à sua assistência.

No período de 2008 a 2011, 100% do fluxo de solicitações de consultas especializadas e exames de apoio diagnóstico foi realizado por intermédio da Central de Regulação Ambulatorial. Todas as guias de solicitação de procedimentos de média e alta complexidade

provenientes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Ambulatórios de Especialidades municipais eram recebidas pela Central, avaliadas por equipe técnica composta por médicos e enfermeiros reguladores, que verificava e ponderava as necessidades baseadas nas justificativas apresentadas e autorizava (ou não) os procedimentos, priorizando os casos de acordo com os critérios estabelecidos nos Protocolos de Regulação do Acesso Baseados em Evidência vigentes até então. Os casos que demandavam complementação das informações cadastrais ou clínicas eram devolvidos para as unidades solicitantes para adequação das guias. Os casos classificados pós-avaliação dessa equipe técnica prosseguiam para a equipe de agendamento, que utilizava a oferta disponibilizada pelos serviços de saúde de média e alta complexidade municipais e estaduais. Depois de agendadas, as guias retornavam às unidades solicitantes contendo as informações de agendamento e orientações para serem informadas aos pacientes. Esse processo logístico de entrada e saída de guias encontrava-se digitalizado por meio de um software criado na própria Central, o Reguladia.

Uma estratégia governamental de base comunicativa: os ciclos de oficinas

Apesar da notável ampliação da oferta de serviços básicos em todo o País possibilitada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda se questiona a capacidade da AB à saúde de atuar como “centro de comunicação” (CECÍLIO, 2012, P. 2900) e “coordenação do cuidado” (MAGALHÃES JUNIOR; PINTO, 2014, P. 16). Muitas e conhecidas razões poderiam ser apontadas para isso, entre elas, a incorporação de novas tecnologias ao setor da saúde como indutora de uma crescente demanda por serviços e tratamentos cada vez mais complexos

(STARFIELD, 2002). Somada a isso, a formação dos profissionais de saúde, totalmente desarticulada com a realidade da rede no SUS, dificulta ainda mais o processo de mudança do modelo assistencial (FORREST, 2002). Assim, pode-se contar com um cenário de possível baixa resolutividade na AB à saúde, que promove encaminhamentos em quantidades excessivas e de forma desqualificada aos serviços especializados, ocasionando filas de espera e insatisfação dos usuários.

No município de Diadema, a premissa básica do Plano Municipal de Saúde do quadriênio 2009/2012 (DIADEMA, 2009) foi a reestruturação do modelo de atenção à saúde, com foco no fortalecimento da AB à saúde. Sabendo que a regulação do acesso à rede de atenção à saúde inicia-se nesse nível do sistema, foram realizados Ciclos de Oficinas de Regulação do Acesso Ambulatorial (DIADEMA, 2011), como uma estratégia governamental de base comunicativa (rodas de conversa), com o objetivo de estreitar os laços entre a gestão (regulação) e os profissionais de saúde da AB à saúde, na perspectiva de ampliar a participação e responsabilização das equipes de AB no processo regulatório.

O 1º Ciclo de Oficinas ocorreu entre os meses de setembro e outubro de 2008 e foi realizado em cada uma das 19 UBS da SMS de Diadema, tendo como público-alvo os médicos e gerentes das UBS. O enfoque dos encontros foi a problematização das ações regulatórias da SMS de Diadema, tendo como partida a apresentação da estrutura regulatória formal do município, seus fluxos e protocolos para encaminhamentos.

No 2º Ciclo de Oficinas, ocorrido entre março e maio de 2009, foram realizadas 21 oficinas em 19 UBS, totalizando 52 horas de encontros presenciais em pouco mais de um mês de atividades. O processo envolveu um total de 197 profissionais entre gerentes, médicos, enfermeiros e outros. Houve a participação de 65% dos médicos da AB no correr das duas oficinas. Na avaliação realizada após a oficina, a partir de

um questionário estruturado, e com 98% de adesão dos participantes, a nota média geral foi de 8,6. Mais de 95% dos profissionais consideraram pertinente a realização de novas oficinas, sendo que 61% julgaram a periodicidade ideal de três a seis meses.

Já no 3º Ciclo, realizado entre março e abril de 2010, foram realizadas 31 oficinas em 26 equipamentos de saúde municipais ambulatoriais (aumento de 27% com a inclusão dos Centros de Apoio Psicossocial e Centros Especializados), resultando em um total de 77,5 horas de ação *in loco* (aumento de 35% com relação ao segundo ciclo). Participaram 268 profissionais entre gerentes, médicos, enfermeiros e outros (aumento de 36% em relação ao segundo ciclo de oficinas). A nota média geral da avaliação foi de 8,8.

Em relação à dinâmica das oficinas, que pretendiam ser uma estratégia comunicativa da gestão visando melhorar a comunicação entre gestores e equipes locais, em particular com os médicos, o que pode ser dito é que os reguladores envolvidos na condução direta dos encontros nos ciclos de oficina atuaram, nas primeiras rodadas, como meros ‘apresentadores’ das propostas da gestão, reproduzindo o modo mais tradicional de fazer a gestão, segundo o qual espera-se uma postura de aceitação e passividade de suas propostas, pelo menos nos espaços públicos do que é posto pela gestão. Nos ciclos seguintes, a condução dos encontros se deu cada vez mais em rodas de conversa, e os mesmos apresentadores/‘condutores’ dos primeiros encontros (representantes da gestão) acabaram assumindo, pelos questionamentos, críticas e queixas dos médicos, uma nova postura, atuando mais como moderadores das discussões, abrindo-se, desse modo, para uma melhor escuta do que vinha das unidades básicas. As queixas dos médicos, muitas vezes duras, e motivo de discussões acaloradas, referiam-se tanto às condições de trabalho consideradas inadequadas como às difíceis relações com os especialistas, que não reconhecem o trabalho médico na AB.

Por isso é possível afirmar que as oficinas conseguiram um caráter progressivamente comunicativo à medida que os ciclos iam sendo realizados.

Analizar os principais desdobramentos dos ciclos de oficinas é o interesse maior do presente artigo.

Metodologia

Tratou-se de pesquisa de caráter quantiquantitativo, que tinha como objetivo principal analisar as possíveis contribuições de uma estratégia de gestão governamental de base comunicativa (oficinas técnicas sobre regulação do acesso), na tentativa de obter maior envolvimento e responsabilização da AB nos processos (micro) regulatórios para o acesso aos serviços de saúde ambulatoriais especializados do município de Diadema.

O estudo contemplou duas etapas. Na primeira, de caráter quantitativo, foram feitos levantamento e análise de relatórios gerenciais sobre regulação do acesso que possibilitassem caracterizar se os ciclos de oficinas técnicas sobre regulação do acesso, realizadas entre os anos de 2008 a 2011, impactaram no número de solicitações de procedimentos especializados oriundos da rede de AB. Na segunda etapa, procurou-se fazer uma análise mais qualitativa dos ciclos de oficina, em particular dos seus prováveis impactos nos processos de trabalho das unidades. Para tanto, foram realizados três grupos focais (um com médicos, um com gerentes de UBS e um com profissionais reguladores).

Como técnica de pesquisa qualitativa, o grupo focal coleta dados de modo a promover a interação entre os participantes e o pesquisador, a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos. Pode ser utilizado no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço (IERVOLINO; PELICIONI, 2001). O grupo focal é geralmente composto de seis a dez participantes que não sejam da mesma

família, mas que são selecionados por apresentarem certas características em comum associadas ao tópico que está sendo pesquisado. Barbour e Kitzinger (1999) recomendam que os participantes sejam indivíduos que convivam com o tema discutido e que tenham profundo conhecimento dos fatores que afetam os dados mais pertinentes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo sob CAAE nº 00873812.6.0000.5505. Os participantes dos ciclos de oficina assinavam termo de consentimento livre e esclarecido. Os resultados do estudo foram utilizados para elaboração de dissertação de mestrado defendida no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da mesma Universidade.

Resultados e discussão

Ao analisar as participações dos vários atores dos três grupos focais, pretendeu-se produzir uma ‘triangulação’ que possibilitasse responder às seguintes questões em relação ao ciclo de oficinas: Proporcionaram uma melhor compreensão a respeito do papel/limites/possibilidades por parte dos atores envolvidos no processo regulatório? Promoveram mudanças nas relações entre os atores da equipe de regulação com os médicos da AB à saúde? Aprimoraram as relações de confiança dos médicos com os gestores do SUS local, aumentando sua responsabilidade e protagonismo no processo regulatório?

Nos grupos focais, as perguntas disparadoras foram: ‘É possível identificar mudanças na regulação do acesso aos serviços após os ciclos de oficina realizados entre 2008 e 2011? Quais? Houve mudanças na comunicação entre os vários atores?’. No grupo focal com os médicos, também se perguntou: ‘vocês identificam mudanças nos seus processos de trabalho após o ciclo de oficinas de 2008 a 2011? O que mudou? Quais aspectos

da regulação poderiam ou deveriam ser alterados para facilitar o seu trabalho e o cuidado com seus pacientes?".

Os três grupos focais foram registrados em meio magnético, transcritos e depois todo o conteúdo foi submetido à leitura em profundidade e organizado inicialmente nas seguintes categorias empíricas: 1. O médico como regulador e suas relações com os especialistas: a regulação profissional; 2. As mudanças nos processos de trabalho após as oficinas: a heterogeneidade das experiências locais; 3. As relações dos médicos com a gestão: entre a desconfiança e a cooperação; 4. O uso da informação para a regulação na atenção primária: muito aquém do necessário; 5. Muita coisa conspira contra a centralidade esperada para a rede básica no sistema de saúde.

No presente artigo, por exiguidade de espaço, as 'categorias empíricas' foram

sintetizadas na forma de uma narrativa corrida dos pesquisadores, destacando-se os elementos mais importantes apreendidos quando da realização dos grupos focais.

A primeira etapa do estudo, de caráter quantitativo, buscou caracterizar o quanto os ciclos de oficinas resultaram, ou não, em menor número de encaminhamentos para procedimentos e serviços médicos especializados, considerando a hipótese de que os encaminhamentos realizados pelos médicos da rede de AB à saúde para procedimentos especializados seriam excessivos e desqualificados.

Observou-se que, após os três ciclos de oficinas de regulação do acesso, houve a redução de 18% de encaminhamentos da rede para consultas especializadas com relação ao total existente no ano anterior, e de 9% em relação aos exames de apoio diagnóstico do ano anterior, como pode ser visto na *tabela 1*.

Tabela 1. Comparativo entre os totais de solicitações para procedimentos especializados realizadas pela rede de serviços de saúde municipal (períodos de 01 ano) e taxa de agendamento pré e pós ciclos de oficinas de regulação do acesso, 2008 a 2010, Diadema

Consultas médicas especializadas	Quantidade solicitada	Média mensal	Demandas reprimidas	Taxa de agendamento na Draac
Período 29/09/2008 a 29/08/2009 (pré oficinas)	57.088	4.757	12.446	78%
Período 20/09/2009 a 20/08/2010 (pós oficinas)	46.591	3.883	8.808	81%
Variação entre os períodos	-10.497	-874	-3.638	4%
	-18%		-29%	
Exames de apoio diagnóstico	Quantidade solicitada	Média mensal	Demandas reprimidas	Taxa de agendamento na Draac
Período 29/09/2008 a 29/08/2009 (pré oficinas)	76.894	6.408	25.225	67%
Período 20/09/2009 a 20/08/2010 (pós oficinas)	69.704	5.808	19.550	72%
Variação entre os períodos	- 7.190	-599	-5.675	7%
	-9%		-22%	

Fonte: DIADEMA, 2010.

Para Sobolev (2004), o acompanhamento do número de encaminhamentos constitui uma importante ferramenta para a gestão dos sistemas de saúde, uma vez que fornece informações para o planejamento e avaliação dos serviços.

Alguns fatores, como a formação do profissional da AB à saúde, a organização da estrutura dos serviços, as diferenças de morbidade da população, as características específicas de cada paciente e as diferentes práticas profissionais, influem na variação

das taxas de referência para atendimento especializado (FORREST ET AL., 2000).

Pode-se inferir que os ciclos de oficinas proporcionaram uma reflexão a respeito da utilização dos recursos especializados, na medida em que apresentaram aos profissionais o cenário de encaminhamentos, em grande parte excessivos e desqualificados, além de deixar mais claro o embasamento técnico e científico dos protocolos vigentes, o que pode ter sido um dos fatores que promoveram a redução do número de encaminhamentos a serviços especializados.

Além da caracterização quantitativa das possíveis contribuições do ciclo de oficina, era necessária uma abordagem mais qualitativa que proporcionasse uma melhor caracterização do quanto elas haviam produzido (ou não) transformações nos processos de trabalho das UBS no que se refere aos processos regulatórios. A realização de grupos focais com três grupos diferentes de atores (gerentes locais, reguladores e médicos) teve a intenção de caracterizar possíveis transformações a partir de três ‘olhares’ ou três ‘lugares de observação’ distintos, explorando-se a sua possível complementaridade. Como se verá na sequência, a ênfase na análise foiposta nas transformações percebidas pelos médicos, mas complementada com as observações de outros atores que participaram do estudo, membros da equipe da regulação municipal e os gerentes das unidades.

O encontro com os médicos propiciado pelo grupo focal permitiu que se caracterizasse um pouco melhor como este profissional, que ainda exerce papel central na construção do sistema de saúde, vive seu cotidiano nas equipes de saúde da família, produzindo sentidos para seu trabalho, situando-o dentro de uma rede mais ampla de relações, fundamental para o exercício de sua prática profissional, mas que muitas vezes lhe parece incomprensível e ‘irracional’.

O grupo focal mostrou que os médicos se veem como ‘reguladores’ na sua relação

com os usuários e com os médicos de outros pontos do sistema de saúde – por exemplo, quando os pacientes retornam do atendimento de urgência e emergência com pedidos de exames para serem ‘trocados’ na UBS, e cabe a eles a decisão sobre a necessidade e/ou adequação do pedido de encaminhamento. Ou seja, é elemento importante dos processos de microrregulação realizados pela AB à saúde, a ‘regulação’ do acesso para média e alta complexidade realizado pelo médico. A prática médica pode ainda ser vista como altamente autorregulada, isto é, realizada ainda com alto grau de autonomia, comandada por seu raciocínio clínico, pela formulação de hipóteses, avaliação de gravidade ou riscos inerentes à situação, com as consequentes condutas que o médico ainda adota de forma bastante independente e autônoma em relação às regras institucionais. É o exercício do ‘poder da caneta’ do prescritor. Nessa medida, a autorregulação própria do trabalho médico é componente importante a ser considerado nos processos microrregulatórios locais, e ela foi um foco importante de discussão, questionamento e reflexão nos ciclos de oficinas. Os médicos da AB à saúde percebem a Central de Regulação Ambulatorial Municipal como importante observatório da rede de atenção à saúde, na medida em que ela é capaz de produzir informações para subsidiar a tomada de decisão na gestão, como a necessidade de novas contratações, os processos educacionais em saúde necessários para a capacitação/atualização da rede assistencial, as necessidades e agravos da saúde da população para análises epidemiológicas, ou ainda, como fonte de *feedback* para a avaliação do trabalho do próprio profissional e da UBS. Portanto, foi possível perceber como os médicos reconhecem a Central de Regulação como um ‘lugar’ da gestão que exerce, ou pode exercer, influência importante no seu trabalho.

Alguns médicos da AB à saúde possuem bastante clareza da sua responsabilidade, mesmo que não exercida plenamente, na

coordenação do cuidado, que deve ser desempenhada na UBS, apesar das limitações que encontram no dia a dia do trabalho. As contribuições promovidas pelos ciclos de oficinas de regulação do acesso podem ser abordadas em vários sentidos: o primeiro é que, sem dúvida, propiciou aos profissionais das UBS maior aproximação com o tema regulação e os atores envolvidos neste processo (reguladores, gerentes), abrindo um canal sistemático de comunicação e provocando uma série de novas ideias, críticas e reflexões a respeito do assunto; o segundo, o fato de conhecer os profissionais reguladores, a logística do trabalho na regulação e as filas de espera, permitiu, às UBS, avaliar as potencialidades e limitações de uma Central de Regulação Ambulatorial Municipal e desmistificar a questão da regulação como um processo meramente burocrático, que se detém em pequenos detalhes e falhas nos encaminhamentos dos profissionais para dificultar o acesso dos usuários. As diretrizes para implementação de uma nova atribuição para as UBS, em particular a realização da gestão da fila ‘na própria UBS’, a partir da regulação das vagas, incluindo o agendamento de consultas sob critérios de prioridade adotados pelas equipes, reforçaram importante grau de autonomia local. Como consequência, este processo ‘mais solto’, que estimulou a autonomia dos arranjos locais, resultou em grande heterogeneidade nos modos de operação das várias unidades básicas, como pode ser claramente caracterizado nos grupos focais.

As mudanças percebidas pelos médicos, provocadas pelas oficinas, mas claramente potencializadas pelas descentralizações de agendamentos, foram muito diferentes a depender da unidade, variando desde ‘nenhuma mudança’ percebida nos processos microrregulatórios, até a instituição de processos de microrregulação bastante qualificados na UBS, envolvendo a equipe para a priorização dos casos e uma melhor coordenação do cuidado na rede de atenção (gestão de caso). Tudo isso mostrando o quanto uma

determinada política municipal acaba sendo retraduzida ou apropriada de modos bastante diferentes entre as várias equipes, evidenciando a dificuldade de obter uma efetiva capilarização das diretrizes planejadas em nível central para os profissionais da rede assistencial.

Teriam todos os médicos participado de todos os ciclos de oficinas? Seria mesmo necessária a participação plena dessa categoria para que ocorresse a implantação do novo modelo de trabalho? Qual o papel do gerente dessa UBS? E se novos profissionais – incluindo novos médicos – tivessem entrado na rede entre um ciclo e outro? Seriam necessárias mais oficinas com os reguladores de maneira mais rotineira para suprir a dinâmica das diretrizes da regulação do acesso do município? Apesar da crescente expansão das diferentes tecnologias de comunicação disponíveis, observa-se que os problemas de comunicação são uma constante nas instituições, sendo ainda mais evidentes na área da saúde, que depende muito da forte autonomia de seus profissionais para a implementação das diretrizes políticas. Como foi apontado anteriormente, os ciclos de oficinas cumpriram seu papel enquanto disparadores da reorganização dos processos de regulação na UBS, mas isso não ocorreu de maneira homogênea na rede.

Apesar de tudo, há que se apontar a falta de responsabilização de muitos profissionais da AB à saúde, como problematizado no grupo focal dos reguladores, em particular quando se observa o aumento e a desqualificação dos encaminhamentos, ocasionados pela facilidade de se obter as vagas para procedimentos especializados, tal como pretendido na descentralização da gestão das agendas. Tal fato observado em algumas unidades poderia ser explicado em razão de alguns médicos delegarem atribuições que lhes são próprias para profissionais sem a competência técnica exigida para avaliar e definir o risco dos pacientes encaminhados, no caso, os ‘administrativos’.

Conclusões

Com relação ao agendamento realizado na UBS, havia uma expectativa da gestão de permitir que o paciente realizasse o agendamento do procedimento solicitado em tempo real (ou seja, após a consulta na unidade básica), podendo opinar sobre os melhores dias e horários para o agendamento, o que diminuiria os índices de absenteísmo e perda primária em consultas e exames especializados. Tal expectativa parece não ter se realizado plenamente. Entre as justificativas dadas para tais dificuldades, estão o número insuficiente de pessoal administrativo, a falta de equipamentos/instrumentais de trabalho, a falta de vagas em consultas médicas especializadas ou exames devido à ‘nova fila’ criada na UBS após a descentralização. Tudo isso levando-se a questionar se a oportunidade de agendamento mais facilitado na ‘ponta’ (a descentralização) pode ter produzido o efeito de mais prescrição sem tantos critérios pelo médico (e sem regulação centralizada ou mesmo local), o que acabou gerando uma nova demanda reprimida também nas unidades. Seria este um momento de transição que a unidades estariam vivenciando em busca do amadurecimento do processo da microrregulação? Até quando perduraria esta etapa para atingir o seu ponto de equilíbrio? Existe um cenário ideal?

A falta de oferta para consultas, exames e procedimentos especializados em tempo oportuno foi apontada pelos médicos, como não poderia deixar de ser, como um grande empecilho para o desenvolvimento de um cuidado integral e efetivo no SUS. Do mesmo modo, uma central de regulação só pode exercer efetivamente o seu papel, pautado pela equidade, se houver oferta disponível para atender a todas as solicitações em tempos clinicamente sustentáveis, mas tudo fica mais difícil quando é necessário lidar

com longas esperas ao acesso no SUS, e se perpetua um modelo de ‘peneiramento’ pelo caso mais grave e complexo, em prejuízo daqueles classificados como ‘rotina’ ou ‘programado’. A baixa qualidade dos encaminhamentos e/ou solicitações, reconhecida pelos participantes do grupo focal dos médicos, foi um momento ‘comunicativo’ interessante ao permitir que os médicos da rede que participavam das oficinas conseguissem compreender um pouco melhor os constrangimentos e limites de atuação da equipe central de regulação. Outro ponto muito presente no grupo focal dos médicos foi o quanto eles se percebem como um profissional desvalorizado, sendo que a sua pouca valorização e a baixa autonomia de decisão clínica para os ‘médicos do postinho’ seriam fatores limitantes para sua plena atuação enquanto gestores plenos do cuidado das pessoas sob seus cuidados.

Diante do exposto, a avaliação final das contribuições dos ciclos de oficinas de regulação na rede pode ser considerada positiva, potencializada, e muito, pela descentralização dos agendamentos para as UBS, o dispositivo mais inovador adotado pela gestão municipal, mas ele próprio disparador de novos resultados, tanto positivos (maior autonomia e agilidade para as equipes locais) como negativos (excesso de encaminhamentos sem critérios ou ‘abuso’ no uso das vagas disponibilizadas). Tudo isso reafirmando como as diretrizes políticas de saúde emanadas pelo gestor sempre serão ‘retraduzidas’, desapropriadas pelas equipes locais.

Se, nos próximos anos, este estudo vier a ser replicado em formato semelhante, mantidas as diretrizes de uma política pública da regulação do acesso descentralizado, deparar-se-ia com avanços e outros novos desafios antes não pensados? A partir dos achados desta pesquisa, a resposta pode ser sim. ■

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 1 ago. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 1 dez. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria 373 de 27 fev. 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html> Acesso em: 10 dez. 2015.
- CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.
- CHEVALLIER, J. De quelque usage du concept de régulation. In: MIAILLE, M. *La régulation et le pouvoir politique*. Paris: L'Harmattan, 1995, p. 71-93.
- DIADEMA. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. *Plano Municipal de Saúde 2009-2012*. Diadema, 2009. Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/Mcdiadema/Documentos%20de%20Gesto%20Municipal/Forms/Ano%20do%20Documento.aspx?RootFolder=%2fMcdiadema%2fDocumentos%20de%20Gesto%20Municipal%2fPlano%20Municipal%20de%20Sa%C3%A3o%202009-2012&FolderCTID=0x0120006074279CCE319F4C8B48CE781C640664>>. Acesso em: 10 dez. 2015.
- _____. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. *Relatório Anual de Gestão de 2009*. Diadema, 2009. Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/Mcdiadema/Documentos%20de%20Gesto%20Municipal/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o%20Diadema%202009.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.
- _____. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. *Relatório Anual de Gestão de 2010*. Diadema, 2010. Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/Mcdiadema/Documentos%20de%20Gesto%20Municipal/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o%20Diadema%202010.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.
- _____. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. *Relatório Anual de Gestão de 2011*. Diadema, 2011. Disponível em: <<http://www.diadema.sp.gov.br/dmp/comunicacao/Comunicacao/Site2/RelatorioAnualdeGestao2011SMSDiadema.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.
- FERREIRA, A. Regulação em saúde e regulação das utilities: que diferenças? *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Lisboa, v. 3, n. 1 p. 42-52, 2004.
- FORREST, C. B. et al. Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, Chicago, v. 5, n. 154, p. 499-506, 2000.
- FORREST, C. B. et al. Los médicos de familia británicos derivan a los especialistas la mitad de pacientes que los norteamericanos. *Gestión Clínica y Sanitaria de Barcelona*, Barcelona, v. 4, n. 4, 2002, p. 114.
- GAZIER, F.; CANNAC, Y. *Etude sur les autorités administratives indépendantes: études et documents*. Paris: Consul d'Etat, 1984. (Etudes et Documents du Conseil d'Etat, 35).
- IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 115-121, 2001.
- KITZINGER, J.; BARBOUR, R. S. Introduction: the challenges and promise of focus groups. In: BARBOUR R. S.; KITZINGER, J. (Ed.). *Developing Focus Group Research*. London: Sage. 1999, p. 1-20.

LAUWE, P. H. C. Régulation et transformation sociale. In: GADOFFRE, G.; LICHNEROWICZ, A.; PERROUX, F. (Org.). *L'idée de régulation dans les sciences*, Paris, Maloine-Doin, 1977, p. 49-58.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 51, p. 14-29, 2014.

MIAILLE, M. Rapport de synthèse. In: _____. *La regulation entre droit et politique*. Paris: L'Harmattan, 1995, p. 263-272.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo 2000: Melhorar o desempenho dos sistemas de saúde*. Genebra: OMS, 2000.

PRÉVOST, P. La régulation biologique: un concept intégrateur de la connaissance agronomique. *Le Courrier de l'environnement de l'INRA*, Paris, n. 39, p. 27-38, 2000.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SCHNEEBERGER, P. La place des modèles das l'enseignement du concept de régulation. In: RUMELHARD, G. *La régulation en biologie: approche didactique: representation, conceptualization, modélisation*. Paris: INRP, 1994, p. 131-164.

SOBOLEV, B. G. et al. Priority waiting lists: is there a clinically ordered queue? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Oxford, v. 11, n. 4, p. 408-410, 2005.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: _____. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002, p. 207-245.

Recebido para publicação em abril de 2015
Versão final em novembro de 2015
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve