



EM DEBATE

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Andion de Oliveira, Lissandra; de Oliveira Cecilio, Luiz Carlos; Andreazza, Rosemarie;
Cardoso de Araújo, Eliane

Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado

Saúde em Debate, vol. 40, núm. 109, abril-junio, 2016, pp. 8-21

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406346422002>

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



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

Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado

Micro-regulatory processes in a Primary Health Care Service and the production of health care

Lissandra Andion de Oliveira¹, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio², Rosemarie Andreazza³, Eliane Cardoso de Araújo⁴

RESUMO O estudo busca caracterizar os processos microrregulatórios desenvolvidos por uma Unidade Básica de Saúde para garantir a integralidade do cuidado. Trata-se de um estudo de caso com abordagem etnográfica e emprego das técnicas de análise documental, observação participante e entrevistas. Os resultados apontam duas dimensões interdependentes da microrregulação do acesso: uma interna – acesso dos usuários às ofertas de cuidado da própria unidade; e outra externa – acesso aos demais serviços da rede. A unidade não atua como coordenadora efetiva do cuidado, como o estabelecido pelo Ministério da Saúde, tarefa que depende do desenvolvimento de arranjos de comunicação e da troca de informações entre os serviços.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Equidade em saúde; Acesso aos serviços de saúde; Pesquisa qualitativa.

¹ Secretaria Municipal de Saúde – São Bernardo do Campo (SP), Brasil.
lissa.andion@gmail.com

² Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil.
luizcecilio60@gmail.com

³ Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil.
rbac48@gmail.com

⁴ Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Escola Paulista de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva – São Paulo (SP), Brasil.
elianeca8@uol.com.br

ABSTRACT This paper seeks to characterize the micro-regulatory processes developed by a Primary Health Care Service (PHCS) to ensure the integrality of the care. This is a case study with an ethnographic approach and the use of document analysis techniques, participant observation and interviews. The results point to two interrelated dimensions of micro-regulatory access: one internal – user access to health care offers of the Primary Health Care Service itself; and other external – access to others network services. The Primary Health Care Service does not act as an effective health care coordinator, as the established by the Ministry of Health, a task that depends on the development of communication arrangements and the exchange of information among services.

KEYWORDS Primary Health Care; Health equity; Health services Accessibility; Qualitative research.

Introdução

A Atenção Básica (AB) tem sido apontada como a principal estratégia de reorganização dos sistemas nacionais de saúde e como ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado, pela posição que lhe é conferida na constituição das redes de cuidado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; OMS, 2008).

A Portaria GM/MS nº 4.729, de 30 de dezembro de 2010, define a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010A).

Tem como objetivos oferecer atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além de melhorar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica.

Um dos atributos essenciais da AB, segundo alguns autores, seria a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades de saúde que precisam de acompanhamento constante, e se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário (ALMEIDA ET AL., 2010; ESCOREL ET AL., 2007; STARFIELD, 2002). Para tanto, deveria fazer a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde relacionados à determinada intervenção, de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados para o alcance de um objetivo comum. Todos esses documentos oficiais reafirmam a importância da adoção de políticas que ampliem progressivamente o papel da AB para o exercício de tal atributo.

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011), pactuada e publicada em 2011, reafirma as bases da AB brasileira, inclusive seus princípios e atributos de contato preferencial dos usuários, principal porta de

entrada e centro de comunicação das RAS. Aponta, ainda, que, para efetivar a integralidade, deve realizar a gestão do cuidado do usuário, coordenando este cuidado no conjunto das RAS, mesmo quando o usuário necessita ser cuidado em outros pontos de atenção.

Segundo Cecilio et al. (2012), a AB, apesar de ser um lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado de que precisam, produzindo valor de uso para milhões de cidadãos, por outro lado, não reúne, ainda, condições materiais e simbólicas para garantir o acesso e a articulação com os demais pontos de conexão do sistema.

Em artigo recente, Magalhães Júnior e Pinto (2014) apontam que a AB tem papel importante na coordenação do cuidado, porém este não pode ser um atributo exclusivo dela. A articulação burocrática entre os serviços, uma regulação governamental atuando de forma impessoal frente às necessidades singulares dos pacientes e a falta de comunicação e integração entre os pontos de atenção da rede assistencial são fatores que repercutem negativamente no acesso aos serviços necessários para a efetivação do cuidado.

A regulação do acesso à assistência, ou regulação assistencial, tem como papel primordial promover a equidade do acesso aos serviços de saúde, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e racional (BRASIL, 2008).

A regulação governamental é instituída conceitualmente com base nos princípios de direito e cidadania, com especial ênfase nas dimensões de universalidade (acesso universal para todos os cidadãos) e equidade (adequação de cuidados particulares a específicas necessidades diferenciadas). No entanto, a realidade aponta a regulação como um processo permanentemente instituinte, disposto em um campo de conflitos e disputas, a partir dos diferentes objetivos, interesses e visões dos atores em cena, sejam eles gestores, profissionais, usuários etc. (CECILIO ET AL., 2014).

Giannotti (2013) enfatiza que ações macropolíticas podem oferecer condições e estruturas necessárias para a construção de um modelo de saúde integral, mas somente a atuação na micropolítica do cuidado e das relações interpessoais proporcionarão, de fato, mudanças nesse sentido. A construção de espaços compartilhados internos à unidade, bem como de espaços mais ampliados, que envolvam diferentes atores dos vários pontos do sistema local de saúde, permitem reconhecimento mútuo e construção de confiança, além de serem canais sistemáticos de comunicação e reflexão sobre os problemas do cotidiano, criando possibilidades de cooperação e incorporação de outros pontos de vista para a produção do cuidado (ALBIERI; CECILIO, 2015; GIANOTTI, 2013).

No presente estudo, a regulação do acesso e do consumo de serviços pelos usuários foi estudada em sua dimensão microrregulatória, isto é, teve como foco a formulação e a operacionalização de regras e/ou normas locais pelos profissionais nos seus encontros com os usuários – na recepção, no acolhimento, na farmácia, nos consultórios –, ou ainda, no contato da unidade básica com os demais serviços ou instâncias da secretaria, no intuito de oferecer o atendimento mais adequado, e em tempo oportuno, aos usuários sob sua responsabilidade, na ‘moldura’ dos fluxos e das normas regulatórias instituídas pela gestão municipal.

No cotidiano das unidades, na sua micropolítica, as normas e regras que pautam a racionalidade formal da organização são flexibilizadas para atender algumas questões mais agudas, de acordo com a necessidade do usuário, e orientadas pela vinculação ética dos trabalhadores, resultando em momentos de cuidado e vínculo reconhecidos pelos usuários, mas nem sempre visíveis ao gestor (CECILIO, 2012).

Este artigo traz como objetivo caracterizar o processo microrregulatório desenvolvido por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), visando garantir a integralidade do cuidado de seus

usuários, discutindo se este, enquanto componente da coordenação do cuidado, subsidia a AB a desenvolver seu papel de centro comunicador das RAS, conforme o preconizado pelas propostas atuais do Ministério da Saúde.

Método

O material empírico utilizado no presente artigo faz parte de uma pesquisa maior intitulada ‘A Atenção Primária à Saúde como estratégia para (re)configuração das Políticas Nacionais de Saúde’, financiada com recursos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp).

Para alcançar os objetivos da pesquisa, optou-se por realizar um estudo de caso de abordagem qualitativa, de base etnográfica.

A opção pelo estudo de caso se deu por ser este um tipo de investigação empírica, que questiona um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de mundo real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes (YIN, 2005).

A etnografia é reconhecida como um método central na antropologia social, cada vez mais utilizado no campo da saúde (TRAD, 2012), tendo como ponto de partida a interação entre o pesquisador e seus ‘objetos’ de pesquisa (FONSECA, 1999; LAPASSADE, 2005; MELUCCI, 2005).

Segundo Caprara e Landin (2008, p. 366),

Por método etnográfico entende-se uma atividade de pesquisa no terreno, por prolongados períodos de tempo, com contato direto com o objeto de estudo, seguido pela sistematização em formato de texto da experiência [...]. Trata-se de uma atividade durante a qual vai sendo construído o saber teórico conjuntamente à coleta dos dados. Assim, não é somente um método de pesquisa, mas um processo conduzido com uma sensibilidade reflexiva, tomando em conta a própria experiência no campo junto às

pessoas com as quais o antropólogo trabalha. Para Cardoso de Oliveira [...] o trabalho do antropólogo consiste em olhar, ouvir e escrever. Este último aspecto não pode ser subtraído ou negligenciado pelo pesquisador, desde que ao tentar penetrar em formas de vida que lhe são estranhas, a vivência que delas passa a ter cumpre uma função estratégica no ato de elaboração do texto, uma vez que essa vivência só é assegurada pela observação participante ‘estando lá’ – passa a ser evocada durante toda a interpretação do material etnográfico no processo de sua inscrição no discurso da disciplina.

Ao optarmos pelo método etnográfico, assumimos que os fenômenos que pretendemos estudar são produzidos em um contexto político, histórico e social em que os atores estão inseridos, e que exige, por isso, um olhar que seja capaz de captar as múltiplas faces e formas da dinâmica organizacional, bem como os sentidos que os trabalhadores dão às suas experiências. Três técnicas de pesquisa foram exploradas ao longo do estudo: observação participante, entrevistas e análise documental.

A observação participante, segundo Lapassade (2005, p. 89), caracteriza-se por um período de interações sociais intensas entre o pesquisador e os sujeitos no seu meio, de modo que, pelo compartilhamento das experiências, o pesquisador se esforça para adquirir um “conhecimento de membro”.

O trabalho de observação participante do estudo foi desenvolvido ao longo de dez meses (dezembro/2013 a outubro/2014), por um dos autores, que passava cerca de oito horas por semana observando as atividades desenvolvidas em diferentes ambientes e por diferentes profissionais da UBS, o que lhe possibilitou o conhecimento do contexto em que se dava a microrregulação, identificando os profissionais mais envolvidos no processo e, depois, selecionando-os para as entrevistas.

Foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas, com informantes-chave eleitos por seus papéis protagônicos no processo regulatório, dentro da unidade. Entre eles, havia três médicos generalistas, que atendem na UBS, e um médico ‘especialista’. A escolha dos médicos se deu por ser este, ainda, dentro do modelo assistencial hegemônico, o profissional inaugurador da dinâmica microrregulatória da unidade, muito disputado pelos usuários que buscam acessar o serviço, e principal demandador de recursos para fora da unidade.

Foram entrevistados, também, o oficial administrativo responsável pelas atividades de regulação (controle dos encaminhamentos, inscrição na fila de espera, agendamento nas cotas da unidade, envio e recebimento das requisições à central de regulação) e o gerente, por sua atuação no processo regulatório.

O quadro 1, destacado abaixo, apresenta as principais características dos entrevistados.

Quadro 1. Caracterização dos trabalhadores entrevistados e tempo de entrevista

Entrevistado	Sexo	Formação	Tempo de trabalho na comunidade	Duração da entrevista
Generalista B	Feminino	Médico	3,5 anos	25'40"
Generalista P	Feminino	Médico	14 anos	22'35"
Generalista R	Feminino	Médico	11 meses	11'04"
Especialista	Masculino	Médico	23 anos	27'36"
Oficial	Feminino	Técnico administrativo	4 anos	17'59"
Gerente	Feminino	Enfermeira	8 anos	16'07"

De forma complementar, foi realizada análise documental para a descrição das características do município e do histórico de implantação da regulação assistencial, assim como para verificar os conceitos trabalhados pela gestão em temas como modelo assistencial, acolhimento e matriciamento. Para tanto, foram consultados documentos oficiais disponíveis na própria unidade, ou no nível central da Secretaria Municipal.

Na análise dos dados, foram seguidos os seguintes procedimentos: 1. Uma pré-análise, através da realização de uma atividade conhecida como ‘leitura flutuante’ das entrevistas transcritas, de modo aproximado ao sugerido por Bardin (1977), o que resultou em uma ‘grade analítica’ preliminar do

material empírico. 2. Cenas do cotidiano da unidade registradas durante a observação participante foram relidas e incorporadas à grade. 3. O material que emergia desse duplo movimento analítico ia sendo confrontado, o tempo todo, com o referencial teórico e com os objetivos aos quais se propôs o estudo. Conforme aponta Bardin (1997), tendo à sua disposição resultados significativos e fiéis, o analista pode propor inferências e adiantar interpretações a respeito dos objetivos previstos ou de outras descobertas inesperadas.

O quadro 2, como pode ser observado abaixo, apresenta os blocos temáticos e as categorias que compuseram a grade analítica do estudo.

Quadro 2. Blocos temáticos e categorias de análise

Blocos temáticos	Categorias de análise
A microrregulação do acesso aos atendimentos ou ofertas da Unidade Básica de Saúde	Os modos de entrada O acesso do paciente às várias modalidades de cuidado ou ofertas da unidade
Microrregulação Interna	A gestão das agendas: tensões entre médicos e a equipe O ‘matriciamento’ como dispositivo microrregulatório Modelo assistencial (Estratégia Saúde da Família) e microrregulação
A microrregulação do acesso aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde	A classificação de risco como elemento disparador da microrregulação externa O protagonismo médico na microrregulação externa
Microrregulação Externa	A microrregulação externa é uma via de mão única: a ausência da contrarreferência Os agentes comunitários de saúde e a microrregulação do acesso O protagonismo dos usuários na microrregulação: a ‘regulação leiga’ A relação com a regulação central

A discussão do material empírico nos seminários do grupo de pesquisa que conduzia

a ‘pesquisa-mãe’ contribuiu para a construção das bases teórica, metodológica e

analítica do estudo, de modo que se pode atribuir um caráter coletivo ao processo analítico da presente investigação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 443.746/2013, e pela Secretaria Municipal de Saúde.

Caracterizando o campo de estudo

O município estudado está localizado na Sub-Região Sudeste da Região Metropolitana de São Paulo (SP) e possui uma população estimada pelo IBGE, em 2012, de 776.884 habitantes.

A UBS está situada em um bairro de periferia e é responsável por acompanhar cerca de 30 mil pessoas. Funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, e o acolhimento é realizado durante todo o período. Ao longo de toda a observação, possuiu três equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF).

A UBS conta com oito auxiliares de enfermagem, cinco oficiais administrativos, dois auxiliares de farmácia, dois auxiliares de limpeza, dois pediatras, dois ginecologistas, um clínico, um assistente social, um psicólogo e um fonoaudiólogo. A equipe de saúde bucal é composta por três dentistas, três técnicos em saúde bucal e três auxiliares em saúde bucal, e cobre todo o território. Os funcionários, em sua grande maioria, trabalham na unidade há pelo menos sete anos. A gerente é enfermeira e está no cargo há oito anos.

É uma unidade grande, com cerca de 480 m², distribuídos em dois pavimentos. Realiza consultas individuais e em grupo, vacinação, dispensação de medicamentos da farmácia básica e curativo. Na sala de procedimentos são feitas inalação, aplicação de medicamentos injetáveis, aferição de pressão arterial e de glicemia, além de atendimento de intercorrências. Neste local também são realizados os eletrocardiogramas.

A unidade conta, ainda, com uma sala dedicada à comunidade, onde são realizadas as reuniões do conselho gestor local e desenvolvidas as atividades dos grupos que trabalham com promoção e prevenção em saúde. São de responsabilidade dos participantes desse grupo o cuidado da horta comunitária que existe nos fundos do terreno e a organização dos passeios mensais aos parques da região.

Cada equipe se reúne semanalmente para a discussão de casos e, uma vez por mês, ocorre a reunião geral, com participação de todos os funcionários da unidade.

Resultados e discussão

Inicialmente, o objetivo do estudo buscava compreender melhor o grau de autonomia da equipe para conseguir o acesso de seus usuários aos demais serviços que compõem a rede locoregional de saúde. No entanto, as entrevistas e a observação participante possibilitaram pensar a microrregulação do acesso com mais complexidade ao contemplar duas dimensões complementares do processo microrregulatório: a microrregulação do acesso aos atendimentos ou ofertas da própria unidade (microrregulação interna) e a microrregulação do acesso aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (microrregulação externa). Seriam como as duas faces de uma moeda, duas dimensões interligadas a serem consideradas de modo articulado quando o objeto do estudo é a produção do cuidado em uma UBS, de modo que não é possível analisar a microrregulação externa sem levar em conta os vários mecanismos de regulação interna, que podem resultar em maior ou menor dependência do encaminhamento para outros níveis do sistema.

Dos achados referentes à microrregulação interna podemos destacar, com mais ênfase, o acolhimento, o matriciamento e os modos como os trabalhadores entendem a política de saúde e o papel da AB. Os sentidos que

dão ao seu trabalho parecem influenciar fortemente a sua capacidade de escuta e de fazer ofertas alternativas para os usuários.

Para acessar os serviços da unidade estudada, todos os usuários passam pelo acolhimento, primeira etapa do processo de microrregulação interna.

O acolhimento fora pensado como um mecanismo de inclusão, uma forma de atenção à demanda espontânea, que promovesse uma ‘escuta qualificada’, servindo de elo entre a necessidade do usuário e as várias possibilidades de cuidado. Ao retirar do médico o papel de único protagonista do cuidado, pretende ampliar a clínica de outros profissionais de saúde e incluir outras abordagens e explicações possíveis – que não só a biomédica – para os adoecimentos e demandas (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). No entanto, o que percebemos na unidade estudada foi um cuidado ainda muito centrado na figura do médico e na prescrição de exames, o que interfere diretamente na forma de organização da microrregulação interna e externa, como pode-se depreender desta cena no acolhimento:

E aí, o paciente é ouvido, de acordo com sua necessidade [...] Então, o paciente é direcionado pro generalista. Caso a vaga do generalista acabe, ele pode ser direcionado pro clínico, que atende a todas as áreas, ou pros GOs [ginecologistas] e pediatras da área referente. E assim o paciente consegue uma consulta e o primeiro acesso à unidade de saúde. (Generalista B).

No dia a dia do serviço, a garantia de acesso também será influenciada pela possibilidade de absorção das agendas, do profissional que realiza o atendimento, e de sua capacidade de escuta, como pode ser observado na cena acompanhada em uma manhã, na sala de acolhimento:

A enfermeira R atendeu, ali no acolhimento, alguns pacientes. De forma muito seca e, até com certa pressa, na maioria das vezes encaminhou o

paciente para agendamento de consulta médica. Logo depois, chegou a auxiliar B, que tomou seu posto. Foi aparente a mudança na forma de ouvir. Ainda que com algum distanciamento às demandas trazidas pelo usuário, esta profissional tem um cardápio mais variado de ofertas. (Relato de campo 6 - 07/02/2014).

Este relato nos dá indícios de como a capacidade de escuta e de fazer ofertas alternativas para os usuários parecem ser influenciadas pelos modos como os trabalhadores dão sentido ao seu trabalho, partindo de como entendem a política de saúde e o papel da AB.

Assim, ainda que a regulação seja norteada por protocolos, normas e regras fixadas pela gestão central ou instituídas localmente, no cotidiano, elas vão sendo reelaboradas e reaplicadas, funcionando como barreiras de acesso, e, ao mesmo tempo, com ‘aberturas’, modos de operar que são mais flexíveis, ‘pessoais’ e acolhedores. Então, o acesso, ou melhor, o modo como o acesso é normalizado pela gerência e pelos trabalhadores, a microrregulação interna, poderia ser vista como um ‘sistema de filtros’. Tal filtro é ora mais fechado, ora mais poroso; ora facilita a entrada, ora serve de barreira.

Várias questões parecem influenciar a porosidade dos filtros. Em primeiro lugar, e de modo mais visível, aspectos bem práticos, referentes à relação demanda/oferta. Aspectos menos visíveis, e empiricamente mais difíceis de serem apreendidos, dizem respeito a questões éticas (modos de ver o mundo e dar sentido para o seu trabalho), mas, também, o modo de pensar a AB e seu papel (‘política para pobres, lugar das coisas simples’), em última instância, determinarão o maior ou menor envolvimento da equipe em cada caso, e sua disponibilidade para acolher as demandas dos usuários. A reflexão de uma médica generalista explicita bem algumas das questões que influenciam esses filtros: ao mesmo tempo em que mostra seu envolvimento com o trabalho, também explicita

alguns conceitos que formula acerca da AB e dos usuários:

E acho o PSF uma coisa muito diferente [...]. Então, minha visão hoje é diferente, eu venho [trabalhar como médica] porque eu quero, porque gosto de fazer e não quero ficar em casa [...]. Porque a pessoa vem e eu já olho tudo, a pessoa fala da dor no pé e eu pergunto: 'A senhora já não quer fazer seus exames?'. Isso que eu acho bonito no PSF, sabe? E aqui é uma região carente, que precisa de PSF, porque eles não têm essa capacidade de se organizar. Já é uma população de risco justamente porque eles não conseguem organizar a vida. Então, aqui é uma indicação pra ter PSF [...]. (Generalista P).

A Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010b) preconiza o Apoio Matricial como dispositivo de intervenção junto à AB, considerando o trabalho organizado pelo princípio de responsabilidade compartilhada entre a equipe de referência e serviços especializados. Ele pode ser entendido como uma nova lógica de produção do processo de trabalho, pela qual um profissional, atuando em determinado setor, oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores, funcionando como referência para outras equipes (BRASIL, 2010b). Tal estratégia, se bem sucedida, poderia ser vista como poderoso dispositivo microrregulatório, em particular, pelo seu potencial de reduzir a necessidade de consultas externas com especialistas.

A unidade básica estudada conta com médico clínico, pediatra e ginecologista (que aqui serão chamados ‘especialistas’), para além da equipe mínima, que garante o médico generalista, o enfermeiro e os técnicos de enfermagem (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2009).

Questionada sobre a função de outros médicos, além dos generalistas, na unidade (os ‘especialistas’), apesar de a gerente explicar que estes atuariam como matriciadores, mas também teriam uma vaga na

agenda para atender a população, a generalista B afirma que os médicos especialistas não atuam como o previsto na proposta de matrículamento:

Olha, das especialidades de dentro da unidade - pediatria e ginecologia -, não, ele [o matrículamento] não acontece. Na verdade, a gente acaba tendo um coleguismo, o médico que está disponível acaba ajudando. Então, pediatria e ginecologia não têm matrículamento, eu tiro dúvidas. (Generalista B).

Esta posição é confirmada pelo especialista:

Olha, teoricamente eu sou [matrículador]. Mas, não tenho interação... num... sabe... Mas, poderia ter uma interação melhor e acho que o serviço funcionaria melhor se houvesse isso. (Especialista).

Nessa conjuntura, os ‘especialistas’ (clínicos, ginecologistas e pediatras) ficam afastados das discussões de caso e das reuniões de equipe. Perde-se, com isso, um dispositivo potente de discussão e compartilhamento de conhecimento, com consequências para os processos de decisão e gestão do cuidado, em particular, da definição de importantes elementos da microrregulação interna. Por exemplo, questões como o melhor gerenciamento da agenda e a quantidade de encaminhamentos para outros níveis de atenção.

Por outro lado, há o reconhecimento do apoio matricial realizado por médicos especialistas dos serviços de referência como dispositivo de qualificação do cuidado. Todos os generalistas citam o matrículamento feito por especialistas ‘externos’ como responsável por qualificar suas ações dentro da AB, diminuindo o encaminhamento para serviços especializados.

Por tudo isso, é possível dizer que o matrículamento interno não está sendo realizado, enquanto o externo é reconhecido como positivo, ou, pelo menos, são trazidas

referências de que pode vir a representar boas experiências, já que não foram exploradas, nas entrevistas, sua regularidade e continuidade no tempo.

A microrregulação do acesso aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (microrregulação externa)

A microrregulação externa é a dimensão do acesso aos demais serviços do sistema de saúde. Em sua etapa inicial, o protagonismo médico é fundamental na conversa e na negociação com o usuário, quando devem ser feitas a análise e a priorização dos encaminhamentos, e a definição de qual serviço é mais indicado para atender àquela necessidade. Este momento traz repercussões não só para o cuidado daquele paciente, como o de todos os outros que aguardam os agendamentos de suas consultas/exames, e pode ser considerado como etapa crítica no processo regulatório, pois irá definir ou interferir diretamente no tempo de espera e na resolutividade do que será oferecido aos que necessitam complementar seus cuidados em outros serviços de saúde. Neste sentido, é necessário reconhecer o quanto o médico segue central em todo o processo regulatório.

Na UBS estudada, o arranjo construído pela unidade para operacionalizar a microrregulação externa é uma triangulação entre médicos, oficial administrativo e gerente. Os médicos são responsáveis pela priorização dos casos, o oficial é o elemento central na operacionalização burocrático-administrativa do processo regulatório (agendamentos, contatos telefônicos, desencadeamento de convocações etc.), enquanto a gerente é acionada principalmente nos momentos de crise. A regulação é trabalhada caso a caso, fora dos espaços de discussão em equipe, não existindo momentos formais de decisão compartilhada sobre os processos desenvolvidos e resultados alcançados.

Experiência descrita por Baduy *et al.* (2011), na qual foi produzida uma rede de

conversações entre trabalhadores da AB, da atenção especializada e assessores ligados à gestão possibilitou a ampliação do debate acerca da regulação, a compreensão das dificuldades vividas pelas equipes e a construção compartilhada de soluções para o enfrentamento dos problemas. Também Albieri e Cecilio (2015) relatam os resultados de uma experiência de discussão a partir de ciclos de oficinas de regulação, estratégia governamental de base comunicativa, propiciando maior aproximação dos profissionais da AB com o tema da regulação.

Experiência semelhante foi proposta pela gestão do município estudado, que instituiu um grupo de discussão sobre regulação no intuito de proporcionar maior proximidade, e consequente estabelecimento de vínculo, entre os profissionais da rede e os profissionais reguladores, e de fortalecer o protagonismo das equipes locais no processo regulatório. Porém, de acordo com os relatos colhidos nas entrevistas, apenas o oficial administrativo tem participado desse grupo.

A classificação de risco como elemento disparador da microrregulação externa

Segundo o Protocolo de Regulação do Acesso do município (SÃO BERNARDO DO CAMPO, 2010), as solicitações devem ser classificadas conforme o risco em prioridades, de prioridade zero (P0) a P3, conforme um conjunto de critérios que contemplam tanto uma avaliação mais clínica como fatores de vulnerabilidade social. O estudo mostra como os casos classificados como P0 mobilizam fortemente os diferentes atores da unidade, resultando em respostas rápidas e um processo de microrregulação bastante resolutivo. No entanto, o que não é considerado de maior risco acaba entrando no modus operandi de regulação mais automático, de modo geral, pautado na ordem de chegada dos pedidos dos encaminhamentos feitos pelo médico. A este já não interessa como se darão os

encaminhamentos nos casos que não se classificam como P0, chegando a desconhecer os fluxos instituídos para as demais situações. Assim, cabe ao oficial administrativo, de modo quase solitário, uma importante ação microrregulatória, acionando, em algumas situações, a regulação central ou mesmo algum serviço de referência, ou recorrendo, em determinados casos, ao médico da unidade.

Vemos aqui como um processo de fundamental importância para a regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) assume um caráter local, micropolítico, quase sempre fora do olhar do próprio gestor da unidade ou da equipe de um modo mais compartilhado e ‘publicizado’. E podemos imaginar o peso que tal fato tem na configuração do ‘sistema de saúde’: a somatória de milhões de ações cotidianas, solitárias, quase invisíveis como essa.

O critério de escolha é prioridade, que é o médico que coloca. Se é urgente, P0, obviamente que é a primeira marcação que é feita. Agora, se é P1, P2 e P3, geralmente a gente bota em ordem de passagem. (Oficial).

Observa-se, com esse arranjo, um empobrecimento da microrregulação externa dos casos considerados menos prioritários, gerando filas de espera organizadas simplesmente por ordem cronológica. Assim, não há uma discriminação mais clínica e singularizada das necessidades dos usuários, de modo a garantir o acesso a outros níveis do sistema em tempo adequado e oportuno.

A falta de responsabilização dos profissionais da AB na gestão do processo de referência tem sido apontada em diversos estudos (ALBIERI; CECILIO, 2015; BADUY ET AL., 2011; MAGALHÃES JÚNIOR; PINTO, 2014). Neles, foi possível observar a desqualificação dos encaminhamentos; filas de espera com informações insuficientes, desatualizadas; usuários que desconheciam o encaminhamento ou que já tinham resolvido seus problemas de outras

formas; casos urgentes perdidos na fila.

A microrregulação externa é uma via de mão única

O acesso à informação e o diálogo entre profissionais e serviços são primordiais para dar condições às equipes de AB para se responsabilizarem pelo cuidado do usuário (ALMEIDA ET AL., 2010; MAGALHÃES JÚNIOR; PINTO, 2014).

Questionados sobre o recebimento de informações sobre os atendimentos dos casos encaminhados aos serviços especializados – a conhecida contrarreferência –, os médicos entrevistados são categóricos em dizer que isto não acontece.

Eles não mandam contrarreferência, isso nunca aconteceu. Nos cinco anos que tenho de PSF, muito raramente recebi uma contrarreferência. Só quando o médico pretende alguma coisa, quando é alguma coisa que interesse a ele. (Generalista B).

Segundo Escorel et al. (2007), o mecanismo de comunicação com troca de informações entre os profissionais dos diversos serviços é condição fundamental para que a AB exerça seu papel de coordenação e contribua para a continuidade do cuidado com resolutibilidade.

Pesquisa realizada por Albuquerque et al. (2014) utilizando dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no estado de Pernambuco, demonstrou uma baixa frequência na comunicação e na discussão dos encaminhamentos entre AB e atenção especializada. Por outro lado, Albieri e Cecilio (2015) demonstram que estratégias institucionalizadas de recebimento sistemático, pelas equipes de AB, de informações a respeito dos procedimentos especializados realizados por seus pacientes são altamente valorizadas pelos profissionais, principalmente médicos.

Na unidade estudada, a comunicação sobre os atendimentos realizados em outros serviços é intermediada por terceiros, como

apoadores e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ou trazida pelo próprio usuário e/ou seus familiares. Na ausência de comunicação regular entre serviços, as equipes têm que se adaptar e criar outras formas de trabalhar, que mais uma vez exigirão ações protagônicas dos profissionais, como buscar contatos pessoais via telefone, conforme exemplifica a Generalista B.

Então, pr'a gente, que faz o acompanhamento longitudinal, integral desse paciente, fica um pouquinho complicado, mas até que não atrapalha muito meu trabalho. Eu aprendi a trabalhar sem isso, sabe? E, se tenho dúvida, eu passo a mão no telefone e ligo. (Generalista B).

Com isso, a coordenação do cuidado será realizada apenas em alguns casos selecionados, quando todo um arranjo capitaneado pela equipe irá articular contatos, tanto com o serviço que atende o paciente quanto com sua família. São ações que partem da comoção da equipe em algumas situações clínicas, impulsionando a busca por diálogo com os demais pontos da rede de serviços. Na ausência de mecanismos institucionais mais potentes, a equipe é convocada a produzir redes informais de contatos com os serviços, incorporando a família e a comunidade como interlocutoras.

Nesse sentido, Magalhães Júnior e Pinto (2014) reconhecem que, além da insuficiência de bases normativas para a efetivação da coordenação e a troca de informação entre os níveis assistenciais, também existe a insuficiência dos mecanismos de diálogo, informação e comunicação entre profissionais dos diferentes pontos de acesso, para que se efetivem lógicas de coordenação do cuidado.

Os ACS aparecem como atores importantes na viabilização do acesso aos serviços de saúde, tanto na microrregulação interna como externa, principalmente na ausência de mecanismos de diálogo entre as equipes. Eles vão ‘costurando’ as ações de outros grupos profissionais, propiciando que os

usuários cheguem à unidade básica e aos demais serviços.

Também o usuário estará sempre presente, tensionando e se colocando como agente ativo do processo microrregulatório. Sua motivação está amparada na experiência do adoecimento, da dor, do sofrimento e por suas necessidades de saúde, incluindo aí a conservação da autonomia no modo de andar a vida, a busca de vínculo e cuidado, o bem-estar, a alegria de viver (CECILIO ET AL., 2014). Porém, suas reivindicações nem sempre serão acolhidas tecnicamente pelos profissionais que o atendem.

Conclusão

Como conclusão do estudo, apontamos alguns elementos que nos parecem configurar o ‘campo problemático’ da microrregulação em saúde, e que deverão estar presentes nos debates em torno do tema central hoje para o SUS, que é a garantia do acesso e do consumo de serviços de saúde.

Um dos elementos apontados pelo estudo é o quanto o ‘matriciamento’ poderia ser, mas ainda não é, um dispositivo potencializador para a microrregulação. Na unidade estudada, o matriciamento ‘interno’, isto é, aquele desenvolvido no encontro entre os ‘especialistas’ da unidade, os generalistas e demais membros da equipe, não tem sido usado em toda a sua força. O matriciamento com especialistas de serviços de maior complexidade, que poderia ser um importante dispositivo de qualificação da microrregulação, em particular, por garantir maior autonomia e resolutividade à equipe local, também não ocorre na amplitude proposta nas diretrizes da política municipal de saúde, ainda que os entrevistados tenham apontado experiências positivas com os matriciadores ‘externos’.

Com isso, perde-se uma oportunidade de qualificação da microrregulação. Muitos casos, que poderiam ser resolvidos em nível local, contando com a *expertise* dos

profissionais da própria equipe ou dos especialistas dos serviços de maior complexidade, são referenciados para outros níveis de atenção, acarretando o aumento nos tempos de espera e, consequentemente, diminuindo a capacidade de ofertar um cuidado oportunista e resolutivo. O estudo não aponta elementos para explicar por que esta situação ocorre.

A microrregulação interna influenciará a microrregulação externa ao modular a forma de pensar as possibilidades de cuidado frente à necessidade do usuário. Ela poderá seguir um caminho prescritor e produtor de encaminhamentos aos especialistas, ou uma forma mais criativa de cuidar, oferecendo possibilidades terapêuticas dentro da própria unidade. Como, por exemplo, a oferta da clínica de outros profissionais de saúde e de outras abordagens, e explicações para as demandas dos usuários.

Para a efetivação da microrregulação como componente da coordenação do cuidado, ela deveria ser entendida como uma tarefa de toda a equipe. Para isso, seria importante que todos desenvolvessem um ‘raciocínio regulatório’, que envolvesse, além da classificação do risco clínico, epidemiológico e social, a compreensão do contexto de relação demanda/oferta e a negociação com o usuário sobre a possibilidade do acompanhamento de seu problema de saúde pela AB. Isso poderia ser obtido através de outros modos de cuidar que não apenas o centrado no cuidado médico. Para tanto, é preciso que o tema esteja presente no cotidiano da unidade, saindo do espaço burocrático-administrativo da recepção e da gerência, invadindo os espaços do acolhimento, das consultas médicas, dos atendimentos de enfermagem, das discussões de equipe e entre equipes, da circulação dos ACS pela comunidade, e passando pelas reuniões do conselho gestor local.

Para além da classificação do caso como prioridade zero (P0) enquanto acionador do protagonismo da equipe – o que muito

influenciará o desenvolvimento da ação microrregulatória –, há mais elementos a serem reconhecidos para se entender como a unidade básica regula. O estudo não permite responder sobre o que mobiliza a equipe para correr atrás de um caso, e não de outro. Há situações em que a equipe toma para si a tarefa microrregulatória externa, representando aqueles momentos em que a AB experimenta seu papel de centro de comunicação com outros serviços e de responsabilização pela continuidade do cuidado, como o preconizado pela política do Ministério da Saúde. Porém, a microrregulação não pode apenas se pautar nesses casos ‘dramáticos’, que quase se impõem para a equipe. Seria necessário desenvolver um olhar mais técnico e contínuo de regulação em relação aos demais casos, superando a classificação ‘cronológica’, qual seja, aquela feita pela ordem de chegada das demandas, sem discriminação de riscos, o que possibilitaria o melhor aproveitamento da oferta e a diminuição dos tempos de espera.

Outro ponto a ser destacado é que está sob responsabilidade da gestão viabilizar, além do matriciamento, outros canais de comunicação permanente entre AB, regulação central e serviços especializados capazes de potencializar a microrregulação, como, por exemplo, a contrarreferência, a telessaúde e o prontuário eletrônico. Na ausência de tais dispositivos institucionais de acesso à informação, a comunicação se dá informalmente, muitas vezes através de relatos do próprio usuário ou de seus familiares, informações estas frequentemente desvalorizadas pela equipe.

Partindo dos achados do estudo, é possível dizer que a unidade estudada consegue, em algumas situações – em particular, aquelas avaliadas como ‘prioridade zero’ pelas equipes –, ser bastante protagônica na microrregulação externa, viabilizando alguma resposta frente às necessidades do usuário. Nas demais demandas de acesso a outros pontos do sistema de saúde, ela

parece atuar de modo muito distante do que tem sido preconizado pela política de saúde atual, que impõe à AB o papel de centro comunicador das redes e de coordenadora do cuidado, o que permite inferir, ainda, sua impossibilidade de ser a única coordenadora do cuidado. Tal tarefa precisa ser assumida por todos os pontos de atenção da rede. Para isto, requer o engajamento da gestão no aprimoramento de arranjos que possibilitem a comunicação e a troca de

informações entre os serviços.

Por último, pensamos ser possível afirmar que, apesar de esta investigação ter sido um estudo de caso desenvolvido em uma única unidade básica, com as limitações inerentes à escolha metodológica, ela possibilitou trazer à tona alguns elementos para a compreensão de questões que estão postas à gestão municipal, no que diz respeito à garantia do acesso e à integralidade da atenção aos usuários do Sistema Único de Saúde. ■

Referências

- ALBIERI, F. A. O; CECILIO, L. C. O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 184-195, dez. 2015.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p.182-194, out. 2014.
- ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010.
- BADUY, R. S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, fev. 2011.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.559, de 01 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1 ago. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 18 maio 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 31 dez. 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 18 maio 2016.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 31 out. 2011. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/>>

saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 18 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização: Cadernos HumanizaSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

CAPRARAS, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2016.

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, nov. 2012.

CECILIO, L. C. O. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Pública*, Washington, v. 21, n. 2-3, p. 164-176, mar. 2007.

FONSECA, C. Quando cada caso não é um caso. *Rev. Bras. Educ.*, Rio de Janeiro, n. 10, p. 58-78, jan./abr. 1999.

GIANNOTTI, E. M. *A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos*. 2013. 132 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?* Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

LAPASSADE, G. *As Microssociologias*. Brasília, DF: Liber Livro, 2005. (Pesquisa em Educação, 9).

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, out. 2014.

MELUCCI, A. *Por uma sociologia reflexiva: pesquisa qualitativa e cultura*. Petrópolis: Vozes, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório mundial da saúde 2008*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2008.

SÃO BERNARDO DO CAMPO. Secretaria de Saúde. *Plano municipal de saúde: 2010-2013*. São Bernardo do Campo, 2009.

_____. Secretaria de Saúde. *Protocolo de regulação do acesso: especialidades médicas*. São Bernardo do Campo, 2010.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

TESSER, C. D., POLI NETO, P., CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (dês)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, nov. 2010.

TRAD, L. A. B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 627-633, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000300008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 maio 2015.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Recebido para publicação em fevereiro de 2016
Versão final em maio de 2016
Conflito de interesses: inexiste
Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), processo n. 2012/51258-5 / Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo n. 483460/2012-5