



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Especialização *lato sensu* em Saúde Pública

Michelly Esteves Ribeiro

**REFLEXÕES SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS A PARTIR
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE UMA
TRABALHADORA DO SUS**

Belo Horizonte

2024

Michelly Esteves Ribeiro

**REFLEXÕES SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS A PARTIR
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE UMA
TRABALHADORA DO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Me. Fernanda Jorge Maciel

Belo Horizonte

2024

R484r

Ribeiro, Michelly Esteves.

Reflexões sobre o acesso aos serviços especializados a partir da atenção primária à saúde: experiências de uma trabalhadora do SUS./ Michelly Esteves Ribeiro. – Belo Horizonte: ESP-MG, 2024.

48 f.

Orientador(a): Fernanda Jorge Maciel.

Artigo Científico (Especialização) em Políticas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Inclui bibliografia.

1. Regulação e Fiscalização em Saúde. 2. Qualidade. 3. Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. 4. Atenção Secundária à Saúde.
I. Maciel, Fernanda Jorge. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM W 84.6

Michelly Esteves Ribeiro

**REFLEXÕES SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS A PARTIR
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIAS DE UMA
TRABALHADORA DO SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
como requisito parcial para obtenção do título de
Especialista em Saúde Pública.

Prof^a. Me. Fernanda Jorge Maciel – ESP/MG (Orientadora)

Prof^a. Me. Lenira de Araújo Maia – ESP/MG (Banca Examinadora)

Prof^a. Dra. Thaís Lacerda e Silva – ESP/MG (Banca Examinadora)

Belo Horizonte, 19 de novembro de 2024.

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores do SUS que são a espinha dorsal do cuidado com a população do Brasil:

“que são grandes, fortes, cheios de vida, que é do tamanho do Brasil que o conduz. Que entende seu valor e luta por valorização, está mais forte para caminhar, tem muita história para contar. Cada vida uma labuta, luta trabalhador.”

(Texto adaptado. “Poema sobre o SUS”, 2014).

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me concedido esta oportunidade de estudo, de ter me sustentado e me protegido durante as viagens, ter me dado providência financeira para os custos e ter me permitido chegar até a conclusão do curso.

A Secretaria de Saúde, em especial a coordenadora de Atenção Básica (Elisamara), que possibilitou a minha liberação do trabalho nos dias de curso, que sem a sua ajuda este momento não seria possível.

Ao setor de TFD (Transporte Fora Domicílio) do município que me amparou com o transporte até a longe Belo Horizonte nos dias de aulas e me trouxe de volta.

A coordenação da pós-graduação em Saúde Pública da ESP/MG, Ana Paula e Juliana, que com muito amor, respeito e dedicação conduziram todos os momentos do curso, deixando o percurso mais leve.

A minha orientadora de TCC (Trabalho de Conclusão de Curso), Fernanda, que conduziu primorosamente este trabalho, trouxe leveza, me ajudou e conseguiu a colocar sentimento e emoção ao trabalho que produzo e que muitas vezes não percebia.

Aos professores do curso, que além da excelência técnica, me transmitiram muito mais que aprendizado tocara minha alma e me transformaram enquanto trabalhadora do SUS.

Aos colegas da 41ª turma da pós-graduação em Saúde Pública da ESP/MG, que foi extraordinária.

Aos meus colegas de posto de trabalho, que deram continuidade no serviço e entenderam as minhas ausências enquanto me dedicava à realização deste curso.

A minha esposa, Meuri, que também entendeu as minhas ausências, permaneceu ao meu lado e estava do “lado de cá” me dando suporte, ânimo e coragem para chegar nesta reta final.

A todos que, de uma forma ou de outra, torceram e colaboraram para que este momento fosse possível.

“Todo profissional de saúde deveria passar pela ESP/MG em algum momento da vida”

41ª Turma da Especialização em Saúde Pública ESP/MG

RESUMO

Este trabalho se organiza em torno de duas experiências de trabalho que vivenciei no SUS. O contraponto entre as experiências - em Granado e depois em Alfazema - possibilitou algumas reflexões: o grau de autonomia das equipes que atuam na Atenção Primária a Saúde (APS) pode impactar no modo como o cuidado em saúde acontece no SUS? De que modo a maior descentralização das decisões e ações das equipes da APS podem influenciar na continuidade do cuidado em saúde? O que é possível fazer, no âmbito municipal, para ampliar a possibilidade das equipes da APS coordenarem o cuidado em saúde das pessoas que por elas são atendidas? Quais os desafios para garantir que a APS coordene o cuidado em saúde no SUS? Na tentativa de discutir essas questões, percorro a experiência de Dona Magnólia e a do seu filho Felipe. Busco ao longo do trabalho, dialogar entre o vivido (ilustrado por esses personagens fictícios), as reflexões e problematizações sobre essas experiências e os apontamentos da literatura no campo da Saúde Coletiva, em um jogo de idas e vindas. No trabalho não pretendo apresentar conclusões definitivas, mas sinalizar caminhos possíveis pela lente de um saber produzido na minha experiência como trabalhadora da APS (Bondía, 2002). Ao descrever o que viveram esses personagens, algumas pistas apontavam para a complexidade da questão. Não era apenas sobre quem controla a agenda da atenção especializada, havia outros elementos nessa cena, como: o grau de autonomia das equipes que atuam na APS para coordenar o cuidado; a necessidade de entender o que está envolvido nesse ato de coordenar o cuidado; o processo de descentralização das decisões e das ações pela gestão municipal às equipes da APS e seus impactos na continuidade do cuidado em saúde; a distribuição dos serviços no território e como o usuário concretamente chega a esses serviços; quem define e como são definidos os fluxos assistenciais; como é feito um agendamento e quais critérios são levados em conta; quem atua como regulador do acesso; o quanto o regulador do acesso conhece da história de vida e clínica do usuário, entre outras questões. Essa lista poderia ser ainda mais ampliada e aprofundada em outros estudos e discussões futuras.

Palavras-chave: Regulação e Fiscalização em Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Atenção Secundária à Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This paper is organized around two work experiences I had in the SUS. The contrast between the experiences - in Granado and later in Alfazema - allowed for some reflections: can the degree of autonomy of the teams that work in Primary Health Care (PHC) impact the way health care is provided in the SUS? How can the greater decentralization of decisions and actions by PHC teams influence the continuity of health care? What can be done, at the municipal level, to increase the possibility of PHC teams coordinating the health care of the people they serve? What are the challenges to ensuring that PHC coordinates health care in the SUS? In an attempt to discuss these questions, I will explore the experiences of Dona Magnólia and her son Felipe. Throughout this work, I seek to establish a dialogue between the lived experience (illustrated by these fictional characters), the reflections and problematizations about these experiences, and the notes from the literature in the field of Public Health, in a game of back and forth. In this work, I do not intend to present definitive conclusions, but to indicate possible paths through the lens of knowledge produced in my experience as a PHC worker (Bondía, 2002). When describing what these characters experienced, some clues pointed to the complexity of the issue. It was not just about who controls the specialized care agenda; there were other elements in this scene, such as: the degree of autonomy of the teams that work in PHC to coordinate care; the need to understand what is involved in this act of coordinating care; the process of decentralization of decisions and actions by municipal management to PHC teams and its impacts on the continuity of health care; the distribution of services in the territory and how the user actually reaches these services; who defines and how the care flows are defined; how an appointment is made and what criteria are taken into account; who acts as the access regulator; how much the access regulator knows about the user's life history and clinical condition, among other issues. This list could be further expanded and deepened in other studies and future discussions.

Keywords: Health Care Coordination and Monitoring. Health Care Quality, Access, and Evaluation. Secondary Care. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AB	Atenção Básica
ACS	Agentes comunitários de saúde
AE	Atenção Especializada
APS	Atenção Primária em Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção a Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	6
1. QUEM SOU EU NESSE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO.....	12
2. APRESENTAÇÃO.....	15
3. CASO DONA MAGNÓLIA.....	17
4. O QUE DONA MAGNÓLIA ME FAZ PENSAR.....	19
5. A EXPERIÊNCIA AO LADO: A PERSPECTIVA DE FELIPE.....	25
6. MINHA EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ALFAZEMA	27
7. REFLEXÕES SOBRE A REGULAÇÃO EM SAÚDE	35
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS.....	44

1. QUEM SOU EU NESSE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Sempre gostei da área da saúde e nunca duvidei que quisesse me formar em enfermagem. Quando criança, a área hospitalar me fascinava. As consultas de rotina com o pediatra em um hospital da cidade me encantavam. Estar naquele lugar, o cheiro, o sofá grande e macio da recepção, a organização da sala do médico: tudo era mágico. Imaginar um centro cirúrgico ou adentrar pelos quartos e salas daquele lugar me diziam com quem ali que eu queria estar e trabalhar.

Assim, cheguei à época do vestibular sem dúvidas do meu desejo: o curso de enfermagem. Comecei a graduação com foco total na atenção hospitalar, ansiosa para iniciar as práticas e poder estar nesse ambiente o quanto antes. Na época, saúde pública era uma área muito distante e desinteressante para mim e não me imaginava na rotina do “postinho”. Durante os estágios, essa situação se intensificou e tive ainda mais vontade de me aprofundar na área hospitalar e aumentou meu desinteresse pela saúde pública, por achar a rotina monótona.

Uma das primeiras experiências práticas que tive durante a graduação se deu no município de Granado¹, durante os estágios extracurriculares, no período de férias que passava na casa da minha tia. Consegui autorização para realizar os estágios no hospital da cidade, considerado como de pequeno porte e que ofertava atendimento público para as áreas de clínica médica, pronto socorro e maternidade. Adaptei-me rapidamente à rotina do lugar, me encantei com as atividades dos setores e com a organização do serviço.

Lembro-me de observar o trabalho de uma enfermeira. Era muito organizada, coordenava o pronto socorro, com uma postura acolhedora com os pacientes. Conversava com médicos, realizava procedimentos que eu ainda nem havia estudado na graduação. Tudo aquilo me fascinou ainda mais e tive a certeza de que era no hospital que eu queria trabalhar.

Logo após me formar, fui admitida pelo hospital e assumi a supervisão do plantão noturno do pronto socorro. Após um tempo fui convidada a ser coordenadora do pronto socorro, onde permaneci por quase três anos. Com a rotina desgastante, a baixa remuneração

¹ Granado é uma denominação fictícia do município, a partir do qual será apresentada situação que funcionará como disparadora das reflexões propostas nesse trabalho. As situações colocadas neste trabalho, portanto, não são reais, mas inspiradas em experiências práticas vivenciadas pela autora.

e o trabalho aos fins de semana e feriados, o prazer que eu sentia com o trabalho no ambiente hospitalar foi sumindo. Por problemas pessoais, pedi demissão e retornei para Alfazema², minha cidade natal. Após um período reflexivo, tive oportunidade de iniciar trabalhos na área da docência na universidade federal local, onde também concluí meu mestrado em enfermagem com ênfase na saúde pública e saúde da mulher.

Com o fim do mestrado, tive um novo convite para voltar a Granada, porém como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Realizei o processo seletivo e fui aprovada. Lembro-me, ao chegar a Granada, do que disse uma colega enfermeira da época dos “plantões”, que tinha migrado para a atenção básica um tempo antes: “agora sei o que é uma enfermeira ser valorizada e ter autonomia”.

Acredito que essa profissional se referia ao fato de o enfermeiro, enquanto membro de uma equipe da atenção básica, ter respaldo garantido pela legislação do seu próprio conselho como líder da sua própria equipe e com autonomia suficiente para ser o responsável por desenvolver ações para o cuidado integral e para o planejamento das atividades do serviço (COREN/MG, 2017; METELSKI et al., 2022). Antes o enfermeiro era tido apenas como executor de ações assistenciais. Hoje desempenha funções também como gestor, se consolidando no cenário da APS, o que favorece o avanço do acesso dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) aos seus usuários (COREN/MG, 2017). A atuação do enfermeiro pode ser vista em diversas áreas, como assistência de enfermagem individual, ações educativas, coordenação de cargos técnicos, além das ações relativas ao gerenciamento da equipe de enfermagem e participação com a equipe de saúde no planejamento, coordenação e avaliação das ações de saúde (COFEN, 2018; MIRON et al., 2011).

No contexto da atenção primária à saúde no SUS, uma das funções técnico-administrativas do enfermeiro é o gerenciamento de serviços e (ou) da Unidade Básica de Saúde. Ele desenvolve ações de programação e avaliação das atividades de enfermagem; delega e distribui tarefas para os funcionários; supervisiona a equipe de enfermagem e as atividades realizadas; é responsável pela previsão e provisão de material e equipamentos necessários às ações de enfermagem; auxilia na conservação de aparelhos e equipamentos e,

² Alfazema também é uma denominação fictícia do município, a partir do qual será apresentada situação que funcionará como disparadora das reflexões propostas nesse trabalho. As situações colocadas neste trabalho, portanto, não são reais, mas inspiradas em experiências práticas vivenciadas pela autora.

quando necessário, solicita concertos; elabora e atualiza procedimentos, rotinas e normas de enfermagem; revisa periodicamente o registro de dados e os sistemas de comunicação; analisa e avalia a assistência prestada à comunidade (METELSKI et al., 2022; COFEN, 2018; BRASIL, 2017).

O enfermeiro também desenvolve ações relacionadas às funções educativas, como a capacitação da equipe de enfermagem, em que identifica necessidades de qualificação dos funcionários, planeja, executa e avalia os cursos ministrados. Ainda neste âmbito, pode promover ações educativas com os usuários durante consultas, durante visitas domiciliares e em trabalhos de grupo, visando a autonomia individual em relação à prevenção, promoção e reabilitação da saúde (BRASIL, 2017).

A minha experiência prática na atenção primária à saúde no município de Granado me possibilitou vivenciar essas distintas funções previstas para o enfermeiro, em políticas do SUS e regulamentos da profissão, e perceber a complexidade do trabalho nesse contexto.

Dessa forma, a minha trajetória como trabalhadora do SUS se inicia no contato profissional em Granado desde a graduação em forma de estágio, depois já como formada nos plantões hospitalares e, quando retorno em um segundo momento, para a atenção básica do município. Após alguns anos, houve mudança política na cidade, com as eleições, e tive meu contrato rescindido pela nova gestão. Neste tempo, me convocaram no município de Alfazema, por meio de uma lista de processo seletivo que tinha participado havia algum tempo e cá estou tendo a oportunidade de relatar essa experiência profissional.

2. APRESENTAÇÃO

“...não há sujeito sem história e nem história sem sujeito.” Hanna Arendt

Este trabalho se organiza em torno dessas duas experiências de trabalho que vivenciei no SUS – nos municípios de Granado e de Alfazema – a partir das quais compartilharei aspectos a serem colocados em análise e em diálogo com a literatura.

Foi o contraponto entre as experiências em Granado e depois em Alfazema que me levaram a problematizar algumas questões que tentarei abordar nesse trabalho: como a maior autonomia das equipes que atuam na Atenção Primária a Saúde (APS) pode impactar no modo como o cuidado em saúde acontece no SUS? De que modo a maior descentralização das decisões e ações das equipes da APS podem influenciar na continuidade do cuidado em saúde? O que é possível fazer, no âmbito municipal, para ampliar a possibilidade das equipes da APS coordenarem o cuidado em saúde das pessoas que por elas são atendidas? Quais os desafios para garantir que a APS coordene o cuidado em saúde no SUS?

A escolha por apresentar essas duas experiências de forma conectada é por entender que, sem ter atuado no contexto de organização dos serviços em Granado, talvez não tivesse vivenciado os estranhamentos que me levaram às reflexões que serão apresentadas nesse trabalho.

Iniciarei apresentando o caso de Dona Magnólia, uma personagem fictícia, numa situação fictícia, em um município também fictício. É um caso criado por mim a partir da minha primeira experiência como enfermeira na atenção primária à saúde no SUS e que pode ser observado em outras realidades, como em Alves, Fleischer (2018).

O caso de Dona Magnólia é importante, portanto, porque ilustra situações que vi acontecerem e que pude ressignificar a partir da experiência que se seguiu, posteriormente, na realidade de trabalho no município que aqui denomino de Alfazema. Para ilustrar essa segunda experiência, contarei um caso, também fictício de Felipe, filho de Dona Magnólia e que vive nesse outro município – Alfazema – que fica a uma centena de quilômetros de Granado.

De alguma forma, o encontro com Dona Magnólia inicia o fio dessa costura que seguirá com as perspectivas de Felipe. Por meio desses dois personagens, tentarei trazer o

relato de minhas experiências, os saberes produzidos dessas experiências (BONDÍA, 2002) e o diálogo da minha trajetória com a literatura. Esse trabalho é um relato de contrastes entre essas duas situações que vivenciei no SUS, no contexto da atenção primária, e sua relação com os processos de regulação do acesso à atenção especializada. As reflexões produzidas por essas distintas experiências comporão, então, o fio que conduzirá este trabalho.

O ponto de partida é a minha experiência, concordando com Bondía (2002) que a compreende como capaz de transformar os sujeitos, de um dia para o outro ou no decurso do tempo. A experiência possui capacidade de formação e/ou de transformação e permite que conhecimentos e saberes sejam produzidos a partir de e com a experiência. Dessa forma, neste trabalho me fundamento no relato da experiência e na sistematização dos saberes por ela produzido e nas reflexões disparadas pelo processo de recontar o vivido.

Esse formato tem relevância por ser uma maneira de dar visibilidade ao que é cotidianamente construído no SUS e por possibilitar o compartilhamento desse conhecimento com outros profissionais. Além disso, é importante destacar que as experiências dos profissionais influenciam os processos de trabalho das equipes de saúde da ESF (SCHWARTZ, 2010; GOMES, 2015), podendo funcionar como um condicionante positivo ou negativo no desenvolvimento dos processos de trabalho das equipes de saúde, assim como outros fatores como o nível de conhecimentos e a capacidade e a habilidade de cada profissional sobre o desenvolvimento das atividades a serem exercidas no coletivo de uma unidade de saúde (GOMES, 2015).

Este trabalho, então, toma como ponto central minhas percepções, problematizações e reflexões como trabalhadora do SUS, atuante na atenção primária à saúde e terá como objetivos:

- Apresentar as experiências vivenciadas na Estratégia de Saúde da Família de dois municípios;
- Problematizar e refletir sobre as possíveis relações entre os modos de distribuição dos serviços no território, à governabilidade das equipes da APS para atuarem na regulação do acesso aos serviços especializados e a coordenação do cuidado;
- Realizar um diálogo entre as experiências relatadas, minhas reflexões e a literatura científica.

3. CASO DONA MAGNÓLIA³

Dona Magnólia tem 65 anos. É aposentada, possui hipertensão e diabetes mellitus, é casada, tem seis filhos, sendo cinco deles adotados. Se sustenta com a aposentadoria de um salário mínimo, além de receber ajuda da igreja que frequenta e de doações dos vizinhos. Dona Magnólia e sua família são atendidas na Equipe de Saúde da Família (eSF) Nova Primavera, em um município de pequeno porte, Granado. Além disso, é assistida pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município e também faz jus ao benefício social de um salário mínimo de três dos filhos adotivos, por motivo de invalidez⁴ e deficiência intelectual. Seu marido faz bicos para a igreja, mas não divide com Magnólia as tarefas do cuidado das crianças e da casa.

Como mulher e única responsável pela família e suas vulnerabilidades, usa a rede de serviços do SUS para si, para o marido e para os filhos na atenção básica e especializada. A carga de tarefas que Dona Magnólia acumula é enorme. Em relação aos cuidados diários com os filhos, se desdobra, principalmente para garantir que os filhos com deficiência intelectual e física tenham acesso aos cuidados em saúde para renovação de receitas controladas, emissão de laudos médicos para afastamento, manutenção das terapias em outros serviços e municípios e atendimentos da atenção especializada. Por isso sua presença é notada com bastante frequência na unidade de saúde do bairro.

Nessa busca por atendimento em diversos serviços de saúde, Dona Magnólia tem encontrado dificuldades de acesso e de resolutividade da rede de serviços de Granado para ter as suas necessidades atendidas. O município de Granado ainda possui a centralização dos processos de agendamento e encaminhamento entre serviços da rede, sendo a secretaria de saúde detentora da regulação do acesso à saúde em todos os seus níveis de assistência, especialmente para média e alta complexidade.

³ Caso criado pela autora, tendo como referência suas experiências e o trabalho de ALVES; FLEISCHER (2018).

⁴ O termo “invalidez” é aqui utilizado não por entender que há pessoas válidas e outras inválidas. Essa expressão é usualmente utilizada pelas pessoas, de modo geral, para referir-se à aposentadoria por invalidez, denominada atualmente por benefício por incapacidade permanente (Solicitar Benefício por Incapacidade Permanente (Aposentadoria por Invalidez). Gov.br – Serviços e Informações do Brasil, Brasil, 03 de mai. De 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/solicitar-beneficio-por-incapacidade-permanente-aposentadoria-por-invalidez>>. Acesso em 26 de set. de 2024).

É por isso que, após Dona Magnólia ser atendida pela atenção básica e ser encaminhada para a atenção especializada, é necessário seguir um fluxo preconizado pelo município. Para conseguir agendamento com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), Dona Magnólia precisa se deslocar até a secretaria municipal de saúde, que fica no centro da cidade. Isso poderia ser algo simples, mas no seu caso não o é. Mesmo o município sendo pequeno, a mobilidade é difícil. Não há transporte público e sua residência se situa na saída da cidade, que fica distante do centro. Magnólia não possui carro próprio e não tem com quem deixar os filhos para ir até a secretaria de saúde. Não tem com quem contar para ajudá-la, o que dificulta que realize esses deslocamentos para resolver questões relacionadas aos fluxos para agendamento de consultas e exames no SUS.

Mesmo vivendo toda essa situação, Magnólia continua se desdobrando. Quando consegue chegar à secretaria de saúde, com o encaminhamento para a AAE nas mãos, não tem a certeza de conseguir o agendamento, já que é necessário verificar a disponibilidade de consulta com o especialista em questão. A secretaria de saúde tem acesso aos especialistas por meio de consórcio de saúde. Muitos desses profissionais não realizam a consulta no próprio município e, frequentemente, os locais dos atendimentos são em cidades próximas. A secretaria municipal de Granado realiza os agendamentos de acordo com os profissionais pactuados e disponíveis na sua cartela de serviços e de acordo com a disponibilidade do transporte que o município oferece.

Além de tudo isso, a viabilização do transporte depende que outros usuários com o mesmo destino tenham agendamento no mesmo dia. Para os especialistas que não fazem parte da pactuação do município, é necessária a marcação de consulta particular e agendar o transporte na secretaria. Ou seja, é preciso que todos esses fatores sejam considerados para que Dona Magnólia consiga atendimento especializado para si ou para sua família.

Além disso, tudo, mesmo que a consulta e o transporte sejam financiados pela gestão municipal, Dona Magnólia tem gastos do seu dinheiro e, muitas vezes, necessita de doações para dar continuidade ao tratamento, principalmente dos filhos, cujos atendimentos com especialistas frequentemente acontecem em outros municípios. Ela tem gastos, por exemplo, com várias refeições no dia do atendimento. Isso porque o transporte sai muito cedo de Granado e é necessário aguardar que todos os usuários sejam atendidos antes do retorno, o que acaba acontecendo apenas ao final do dia.

Um dia típico de Magnólia envolve saída de casa, traslado, comparecimento às

terapias, consultas e exames, traslado de volta a casa, cumprimento das tarefas domésticas e familiares.

É evidente o desgaste no que se refere ao tempo da vida dessa mulher. O tempo do deslocamento dentro e fora do município de Granado. O tempo de agendamentos e esperas por consultas e entre uma terapia e outra. O tempo investido para discutir com um funcionário, para descobrir como reclamar, como denunciar, como processar um motorista, uma companhia de transporte ou até mesmo a prefeitura. O tempo de ir até o balcão de atendimentos, de providenciar os documentos exigidos, de voltar para cobrar o andamento de uma requisição. São muitos os tempos sucessivos, simultâneos, entrecortados. Tempos que parecem pesar no fluxo da vida dessa mulher.

4. O QUE DONA MAGNÓLIA ME FAZ PENSAR

O Caso de Dona Magnólia sintetiza características de situações que vi acontecer no período em que atuei na Atenção Primária à Saúde do município de Granado. Esse município tem cerca de 12 mil habitantes, faz parte da microrregião de saúde e contemplava, na época, 100% de cobertura na atenção básica; possuía quatro equipes de Saúde da Família (eSF) na área urbana, uma eSF que abrangia a área rural e também contava com um centro de saúde que funcionava como uma unidade de ambulatório para consultas especializadas, ginecológicas e psicológicas, possuía uma sala de vacinação, uma farmácia básica e o laboratório de análise biológica centralizados.

No cotidiano do trabalho na eSF em Granado, uma das quatro unidades do município que ficou sob a minha gerência, logo notei grande diferença em relação à minha experiência na atenção hospitalar, devido à autonomia profissional que eu possuía frente às demandas da população assistida no território. Iniciei as atividades em uma unidade, um serviço diferente de todos que já havia experimentado: o vínculo com a equipe e os usuários; o trabalho que era realizado com a população de promoção da saúde e de prevenção, bem diferente da agitação e dinâmica presentes em um hospital. Outra rotina, outro tipo de atendimento, com uma

população de um território adscrito, enfim, a atenção básica que conhecemos que tem como características principais (BRASIL, 2017):

- Ser o primeiro nível de atenção à saúde
- Ser a principal porta de entrada do SUS
- Ser o centro de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS)
- Garantir o acesso universal e oportuno às pessoas
- Oferecer um amplo escopo de ações
- Responsabilizar-se por coordenar o cuidado dos pacientes
- Orientar-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade
- Abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.
- Integração de ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.
- É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas.
- Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a ESF, que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das unidades de saúde por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários na APS.

A APS ser considerada a porta de entrada do usuário no SUS, significa que os atendimentos rotineiros, do cotidiano da vida das pessoas são aí realizados, por meio de procedimentos de baixa densidade tecnológica, com foco no acompanhamento dos pacientes ao longo da vida (BRASIL, 2017). Do ponto de vista conceitual, os serviços na ESF desenvolvem-se predominantemente por meio do uso das tecnologias leves ou leve-duras, com enfoque no trabalho vivo; os aspectos relacionais do projeto terapêutico sobrepõem-se aos materiais, sendo a linha do cuidado que deve conduzir a sua integralidade (GOMES, 2015).

As tecnologias leves são as tecnologias de relações, ou seja, que se referem à produção de vínculo entre as pessoas, à construção de relação entre elas, à busca pela autonomia dos sujeitos, ao acolhimento. As tecnologias consideradas leve-duras se referem àqueles saberes

mais estruturados, que operam no trabalho em saúde (como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica) e as duras, dizem respeito ao uso de equipamentos tecnológicos, de máquinas, de normas e/ou de estruturas organizacionais (MERHY, 2002).

Assim, na APS, diferente de um serviço de atenção hospitalar ou até de um serviço de atenção especializada, há o predomínio de práticas e processos de trabalho que valorizam principalmente as tecnologias leves, das relações estabelecidas entre as pessoas – profissionais e pessoas usuárias – daquele território de saúde. A forma de acolher, de escutar e de estabelecer vínculo compõem essas tecnologias leves, que são fundamentais no cotidiano do trabalho desenvolvido na atenção básica. Ao mesmo tempo, a equipe de saúde da família precisa utilizar conhecimentos técnico-científicos específicos e estruturados. O enfermeiro, por exemplo, busca seus conhecimentos na realização de consultas de pré-natal ou de puericultura, conhecimentos de sua prática como enfermeiro que vão ser aplicados ali no momento da consulta. Isso acontece quando ele precisa realizar triagem de peso e altura da criança para verificar a curva de crescimento; quando realiza uma consulta de acompanhamento da gestante com análise do cartão vacinal e com solicitação de exames preconizados; entre outras situações.

Percebe-se que o cuidado em saúde está permeado pela utilização das tecnologias, que facilitam os processos de trabalho gerenciais ou assistenciais, como ações práticas em enfermagem e em saúde. Assim, as tecnologias são utilizadas em benefício do cuidado (BAGGIO; ERDMANN; DAL SASSO, 2010), podendo também se dar a partir de um trabalho inventivo, com usos criativos dessas tecnologias para superar dificuldades e garantir a qualidade do cuidado (KOERICH et al, 2006).

É possível notar que, pelas características das ações e serviços ofertados na APS, o atendimento não necessariamente acontece apenas diante de uma queixa, de um sintoma ou de uma doença, embora isso também possa se dar. Essa valorização da saúde numa dimensão longitudinal, ao longo da vida, torna-se condição necessária para que a equipe e o serviço estejam muito próximos das dinâmicas da comunidade e da maneira de organização do território, em suas dimensões culturais, sociais, simbólicas e etc (BRASIL, 2017; SANTOS, MISHIMA, MERHY, 2018; BRASIL, 2024).

Esse modo de organização da APS, tal qual conhecemos hoje, tem início na década de 1990, com a implementação do Programa de Saúde da Família, depois denominado de

Estratégia de Saúde da Família. Nesse contexto, o Ministério da Saúde apresenta diretrizes para reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. Essa foi uma estratégia de expansão, de qualificação e de consolidação da atenção básica. Processo que, além de produzir expansão da cobertura e do acesso, favoreceu uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos do SUS, de ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e das coletividades (BRASIL, 2017; SANTOS, MISHIMA, MERHY, 2018; BRASIL, 2024).

O processo de trabalho na ESF tem por base as diretrizes e os fundamentos definidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que orienta as ações e os serviços a serem desenvolvidos, de modo que os princípios do SUS sejam garantidos na Atenção Básica (AB) à população e que o modelo assistencial reveja a sua *práxis* (GOMES, 2015; MISHIMA, MERHY, 2018; BRASIL, 2017).

Seguindo essas diretrizes, cada unidade de saúde deve atender, no máximo, 12.000 usuários, sendo que cada Equipe de Saúde da Família tem o limite de 4.000 pacientes, sendo 3.000 o número recomendado. Em relação à composição da equipe, cada eSF deve possuir: Médico generalista ou especialista em Saúde da Família, Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e os Agentes comunitários de saúde (ACS) (PNAB, 2017). Além disso, outros profissionais podem compor as equipes, como dentistas e auxiliares ou técnicos de odontologia além dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar como nutricionista, psicólogo, educador físico, entre outros. São esses profissionais que reforçam a característica da abordagem comunitária da ESF. É por meio da intermediação do trabalho deles que as ações se desenvolvem na ESF para dar positividade aos serviços das equipes de saúde (GOMES, 2015; PNAB, 2017).

O trabalho diário das equipes de saúde e dos ACS possibilita a formação de vínculos com os usuários, o que permite percebê-los como sujeitos possuidores de saberes transformadores da sua história, autônomos na construção das suas experiências de vida e de saúde, conhecedores do que promove a sua felicidade (GOMES, 2015; SANTOS, MISHIMA, MERHY, 2018).

Com a atuação voltada para ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, um dos focos da APS é manter o vínculo com os pacientes ao longo de toda a vida, atuando de

forma próxima e humanizada. Dentre os principais serviços oferecidos na rede de atenção básica, podemos destacar o acolhimento e identificação da necessidade de saúde; oferta de consultas individuais e coletivas feitas por médicos, enfermeiros e dentistas; visita e atendimento domiciliar; cuidados para a saúde bucal; vacinação; controle da dengue e outros riscos ambientais; atendimento de pré-natal e puerpério; rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo) e câncer de mama; realização de curativos; teste do pezinho; teste rápido de sífilis e HIV; acompanhamento de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e doenças respiratórias; ações de promoção da saúde e proteção social na comunidade; controle do tabagismo, entre outras (PNAB, 2017).

Nesse sentido, a partir do trabalho como enfermeira da eSF em Granado, descobri um novo caminho e um novo gosto pela área da enfermagem no campo da saúde pública. Para quem não gostava da dinâmica da atenção básica, estava aprendendo a gostar, e muito.

Em relação à organização de fluxos, como foi possível notar na descrição do caso de Dona Magnólia, havia certa centralização no âmbito da secretaria municipal de saúde de Granado dos processos de encaminhamento a especialistas, agendamento de consultas especializadas e/ou exames. As eSF de Granado focavam mais nos serviços próprios assistenciais como a realização de consultas médicas, de enfermagem e odontológicas. Ou seja, para outros serviços que não eram ofertados nas ESF, o próprio paciente tinha que buscar soluções na secretaria municipal. Isso incluía autorizações de exames especializados e laboratoriais, vacinas, aquisição de medicamentos na farmácia básica, atendimento fora do domicílio etc. Desse modo, me parecia que a ESF perdia um pouco do seu poder de resolutividade, uma vez que dependia de o próprio paciente acessar os outros serviços municipais e/ou ofertados regionalmente.

Ali, como responsável pela unidade de saúde, desempenhando a função assistencial comum ao enfermeiro, bem como a de gerenciamento da unidade, me vi tomando decisões e coordenando a equipe para que alcançassem os resultados esperados. Com o tempo, fui percebendo que havia uma centralização, por parte da gestão municipal, de algumas ações e serviços de saúde, importantes ao cuidado em saúde da população. No caso de Dona Magnólia isso fica explicitado, por exemplo, quando, após uma consulta médica, ela precisa se deslocar, por seu próprio meio, até o laboratório de análises clínicas para agendar exames laboratoriais solicitados pelo médico e depois retornar ao laboratório novamente para realizar a coleta do sangue.

A sala de vacina era centralizada em um único espaço – no centro de saúde descrito acima, que era um anexo de uma eSF na área central da cidade. Marcação de exames laboratoriais de rotina e especializados eram autorizados somente na secretaria de saúde do município, ou seja, após a consulta o usuário teria ainda que se deslocar até a secretaria para autorizar seus exames, bem como para uso da farmácia básica que também era centralizada em um único local e longe das unidades de saúde. Essa situação de peregrinação nos diversos serviços do SUS e de dificuldades de acesso é relatada na literatura (CARVALHO & LEITE, 2014; AQUINO et al, 2015) e está presente no caso de Dona Magnólia.

Observamos que há barreiras no acesso à saúde para Dona Magnólia, para além da atenção primária à saúde, seja para procurar atendimento no serviço de saúde especializado, seja no retorno para acompanhamento de especialista de um dos seus filhos. Para realizar isso ela precisava conhecer os diferentes fluxos burocráticos e, além disso, se deslocar até a secretaria de saúde várias vezes até conseguir efetivar o agendamento.

A facilidade ou a dificuldade de agendamento na atenção especializada é uma questão que impacta no acesso ao cuidado em saúde de forma contínua, de acordo com a necessidade do usuário. Essa era minha percepção como enfermeira atuando na atenção primária e é também a de profissionais de outros municípios, como pude verificar no estudo feito por Giovanella et al (2009). Na minha experiência em Granada, o transporte era um fator que impactava na concretização de um agendamento de uma consulta com especialista em outro município, pois a data da consulta só era estipulada se havia disponibilidade de transporte. Essa indissociabilidade entre transporte e agendamento com acesso efetivo ao atendimento no serviço especializado de abrangência regional que eu percebia em minha prática, está presente na literatura (ALMEIDA, SILVA, BOUSQUAT, 2022).

Como delineado nas diretrizes para a atenção primária à saúde, na unidade básica de saúde eram realizadas as consultas médica, odontológica ou de enfermagem. No entanto, diante da necessidade de outros cuidados em saúde, de maior densidade tecnológica ou que requerem outros saberes específicos, havia barreiras à continuidade do cuidado. E isso já não estava na governabilidade das equipes de saúde da família que, no caso de Dona Magnólia, encontrava-se no município de Granada. Dessa forma, por mais responsabilização que a equipe tivesse, por mais que a equipe soubesse de todas as necessidades que Dona Magnólia e sua família tinham, sua atuação era pouco resolutiva junto a outros níveis de atenção e isso nos provocava, como equipe, frustração e uma sensação de impotência.

Diante do exposto, surge a necessidade de explorar sobre a organização os sistemas de saúde e constata-se que é um importante desafio para a construção de um cuidado integral, de modo que a regulação surge, no Brasil, para gerenciar o funcionamento e a relação dos pontos de atenção, como formas de entrada e encaminhamentos. Essa regulação em redes de atenção, é considerada estratégica para acesso aos cuidados de modo equânime, adequado e em tempo oportuno (REIS et al., 2017; GUABIRABA, GOMES, MELO, 2022).

Nesse ínterim, como relatado no percurso vivido por Dona Magnólia, também e reforçado por GUABIRABA, GOMES, MELO (2022), onde descrevem que os problemas de ordenação do cuidado ambulatorial são parte de um cotidiano, contribuindo para um cenário em que, frequentemente, o usuário peregrinava entre prestadores para agendamento de procedimentos e consultas, tornando-se responsável por obter cuidado. Esse processo era árduo para o paciente e contribuía para uma realidade de filas extensas, iniciadas de madrugada nos locais prestadores. Ademais, os encaminhamentos não garantiam acesso ao especialista ou ao exame, tornando a saga mais sofrida.

Ainda assim, a regulação ambulatorial (acesso a consultas, exames ou procedimentos especializados) aparece muitas vezes como um ‘gargalo’ no fluxo de usuários pelo SUS e a APS, por sua vez, como coordenadora do cuidado nas redes de atenção é fundamental para a transição adequada aos cuidados de nível especializado, porém sua participação ainda é tímida, embora frequente, na regulação do acesso (BRASIL, 2017; GUABIRABA, GOMES, MELO, 2022).

Todavia, observa-se então uma fragmentação na rede de serviços do SUS apresentada na narrativa acima. Apesar dos avanços dos últimos anos, a atenção básica à saúde ainda enfrenta dificuldades para se constituir como a porta preferencial do Sistema e se tornar resolutiva, abrangente e coordenadora do cuidado, voltada não só para os agravos agudos, mas também para as condições crônicas de saúde (SILVA, 2016).

5. A EXPERIÊNCIA AO LADO: A PERSPECTIVA DE FELIPE

Felipe, um dos cinco filhos de Dona Magnólia, casado, pai de uma menina, mora em

um município de médio porte, a 100 km de distância de Granada, chamado Alfazema. Magnólia tem se queixado ao filho sobre suas demandas por atenção à saúde e sobre as dificuldades de organização, acesso e resolutividade da rede do seu município para atendê-las. Felipe acha que a mãe exagera em suas queixas e não a entende, uma vez que também é usuário do SUS em Alfazema e tem as suas necessidades supridas pela eSF do seu território. Felipe não enfrenta tais dificuldades e sempre questiona a mãe por que entende que o SUS oferece o mesmo tipo de serviços em todos os municípios.

Felipe explica para a mãe que quando necessita de atendimento médico, procura a unidade de saúde do seu bairro e é atendido na atenção básica. Quando é necessário ser encaminhado para a atenção especializada, o encaminhamento para agendamento na atenção especializada já é realizado na própria unidade de referência, que já possui um arquivo separado por especialidades e, dentro de cada especialidade, separado por ordem de prioridade e cronológica, respectivamente. O município de Alfazema dispõe de um sistema em que os encaminhamentos são cadastrados e aguardam a liberação de vagas que, após serem agendados na própria unidade, o ACS do território entrega ao usuário uma guia com o dia e horário da consulta com os especialistas referenciados dentro do próprio município. Somente é agendado fora do município exames e especialidades mais complexas e que não estejam pactuadas. Essa situação é bem diferente da vivenciada na rotina da mãe de Felipe em Granada.

O município de Alfazema dispõe de consórcios de saúde dentro do próprio município, acordos com as universidades locais e o próprio centro de especialidades, onde dispõe de médicos especialistas de diversas especialidades contratados pelo próprio município. Para acessar a esses serviços, Felipe precisa ir apenas à UBS perto de sua casa, onde consegue autorização dos seus exames de rotina e a marcação dos agendamentos com especialistas.

Felipe, quando realiza atendimentos na UBS, já sai com seus exames laboratoriais autorizados e pode se quiser, no mesmo momento, se dirigir ao laboratório escolhido apenas para a coleta. Se há encaminhamentos para a especialidade, pedidos de exames de imagem, eles também são deixados na unidade para aguardar a próxima rodada de liberação de vagas para agendamento. Além disso, após a consulta ser agendada, o ACS leva a autorização até residência de Felipe.

Há alguns anos, Felipe passou por uma situação de muito estresse no trabalho e precisou de acompanhamento psiquiátrico, devido à agudização de quadro traumático. Após

agendamento da consulta com o especialista, teve sua consulta marcada em uma unidade que era próxima a sua casa, no bairro ao lado. Isso foi possível porque em Alfazema há uma distribuição regional de algumas especialidades para algumas unidades de saúde estratégicas.

Quando a esposa de Felipe ficou grávida do segundo filho do casal, todo o pré-natal foi realizado pela médica e enfermeira da unidade básica de saúde a qual pertencia. Lá na APS, também teve acesso a consultas de nutrição e fez parte do grupo de apoio a gestante da região do seu bairro. Seus exames, tanto laboratoriais quanto de imagem, eram agendados na própria unidade básica. As medicações de rotina que ela precisou usar durante gravidez, os antibióticos e medicação para dor também eram dispensadas na UBS próxima a sua casa.

6. MINHA EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ALFAZEMA

A segunda experiência ilustrada por meio do caso de Felipe só veio a acontecer após cinco anos atuando profissionalmente em Granado, quando tive a oportunidade de atuar na atenção primária à saúde de outro município, Alfazema, como enfermeira e coordenadora de eSF. Essa foi uma experiência que me provocou reflexões sobre a maneira com que as equipes na atenção primária se relacionam com os outros serviços de saúde, na perspectiva da continuidade do cuidado em saúde ao usuário na rede de atenção. Em Alfazema, de forma distinta ao que havia vivenciado em Granado, percebi que as equipes na APS possuíam mais autonomia e maior possibilidade de coordenar o cuidado em saúde.

Alfazema é um município de médio porte, com população de 79 mil habitantes (IBGE, 2022). Na microrregião de saúde em que está localizado, esse município atua como polo para os outros 16 municípios. Possui cobertura da eSF de cerca de 85% da população. Além disso, conta com apoio de duas equipes de APS, no modelo da Unidade Básica Tradicional, para atendimento da população que não faz parte do território coberto pela Estratégia de Saúde da Família. Nessas unidades tradicionais e nas que há estratégia de saúde da família são oferecidos os mesmos serviços. Em Alfazema, há também dois ambulatórios onde é atendida grande parte da demanda da atenção especializada da população, tanto do município quanto da região de saúde.

Cheguei a Alfazema na pandemia, pouco antes de iniciar todo o processo de vacinação contra a COVID-19. Logo após, deu-se início a todo esquema de chegada das vacinas e início da imunização. Logo aí, já pude notar um pouco da forma de organização dos processos, menos centralizados na secretaria municipal de saúde. Os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, foram protagonistas nesta etapa referente à vacinação. Os postos de vacinação foram espalhados em várias regiões do município e cada ponto, sob a responsabilidade dos enfermeiros da rede. Ou seja, não havia uma concentração do processo de vacinação apenas nas salas de vacina e sob supervisão dos trabalhadores que já trabalham como aplicadores nessas salas.

A partir dessa situação que vivenciei em Alfazema, me pergunto: o quê, na forma de organização do município, possibilitava que Felipe – diferentemente de sua mãe – tivesse mais facilidade para dar seguimento em seu atendimento quando precisava de serviços que iam além ao que era ofertado no âmbito da APS? Por que Felipe não tinha as mesmas dificuldades de acesso que sua mãe Magnólia? Por que não peregrinava pela rede até conseguir agendar e realizar exames ou consultas especializadas?

Uma das questões que me chamava a atenção em Alfazema era a forma de distribuição dos serviços no território. No município, vários serviços foram capilarizados para as unidades de saúde, a saber: as salas de vacina eram organizadas de forma regionalizada e estratégica para que todos os pontos da cidade tivessem um posto de vacinação de forma acessível para a população; todas as unidades possuíam um posto da farmácia básica; os exames de rotina de sangue e de imagem (radiografia) eram autorizados no momento após a consulta e o usuário contava com a opção de escolha do laboratório e/ou centro diagnóstico mais acessível, uma vez que também eram distribuídos de forma regionalizada e estratégica. Alfazema procurava aprimorar seu sistema de saúde, garantindo e entendendo que, dessa forma, capilarizar e regionalizar alguns serviços era primordial para o acesso universal e igualitário da população à saúde (VIEIRA, 2022).

Em relação à distribuição dos serviços espacialmente, com a criação do SUS, a partir da constituição de 1988 no Brasil, foi necessário lançar mão da descentralização como diretriz organizativa do sistema público de saúde. A descentralização tem a ver com a distribuição/transferência de responsabilidade entre os entes federados (governos federal, estadual e municipal). Sua operacionalização se deu em um processo que aconteceu na década de 1990 e anos 2000, que tinha como objetivo transferir a responsabilidade da execução das

ações e serviços com ênfase para os municípios. A ideia era que, com isso, se produzisse maior aproximação da política de saúde com a população e que houvesse maior distribuição do poder, diminuindo a centralização de decisão e da aplicação dos recursos financeiros no e pelo governo federal. É inegável que a descentralização do SUS sob a forma da municipalização dos serviços e das ações de saúde, com redistribuição de atribuições e recursos em direção aos municípios, proporcionou avanços do sistema de saúde pública dos brasileiros (MOURA et al., 2021).

É importante destacar, no entanto, a descentralização deve ser feita de forma organizada com a participação efetiva de todos os atores envolvidos no processo: municípios, estado, população, dentre outros (VIEIRA, 2022). A Constituição Federal de 1988 preceitua que (BRASIL, 2016):

Art.198- As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; (...).(acrescentar Referência da citação)

Com base nesse dispositivo, a Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, elenca princípios, que orientam esta municipalização considerando dois aspectos importantes: a habilitação dos municípios para assumirem a responsabilidade total pela gestão do sistema de saúde em seu território, e a descentralização da gerência das ações e serviços de saúde para os municípios (VIEIRA, 2020; MARRONI, FRANZESE, PANOSSO, 2021):

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

(...) IX – descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. (idem anterior)

É possível imaginar que não seria viável municipalizar todos os serviços e ações de saúde, considerando que muitos deles não seriam usados por toda a população o tempo todo. Para dar conta disso e da limitação de recursos financeiros, o processo de descentralização veio acompanhado pela regionalização, ou seja, pela distribuição de equipamentos, serviços (especializados, diagnóstico, hospitalares etc) em regiões de saúde. Esperava-se com isso,

garantir a integralidade do acesso e do cuidado em saúde no âmbito regional (BORJAN e al., 2022). Podemos dizer que, para a organização do SUS, a regionalização é uma importante estratégia para descentralização das ações e dos serviços de saúde desde a gestão até a execução (COUTINHO, SANTOS, 2023). A regionalização, além disso, se apresentou como uma estratégia para superar a fragmentação na oferta dos serviços e facilitar o acesso da população à saúde (COUTINHO, SANTOS, 2023).

Assim, a regionalização dos serviços de saúde pode ser vista como a busca da instrumentalização da melhor distribuição técnica e territorial dos serviços de saúde, visando à melhoria da cobertura e acesso da população aos serviços (VIEIRA, 2022). Por outro lado, a regionalização tem a capacidade de aproximar os diversos níveis de atenção à saúde. Este processo possibilita a definição de recortes espaciais para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde (VIEIRA, 2022):

“Entende-se por regionalização em saúde a busca ou a instrumentalização da melhor disposição e distribuição técnica e espacial dos serviços, visando à cobertura e acesso da população às ações de saúde, com máxima eficiência institucional e social.” (CONASEMS, p.28, 2019).

Percebo que, originalmente a diretriz de descentralização foi pensada para dar conta da relação entre os entes federados. No entanto, compreendo que esse conceito pode servir também, neste trabalho, para analisar e refletir sobre o que eu observava na organização e distribuição do serviço em Granado e, depois, em Alfazema. Como as secretarias municipais de saúde de Alfazema e Granado distribuem ou centralizam o poder em relação à tomada de decisão e às ações de saúde entre as diversas equipes e os diversos trabalhadores que atuam no SUS no município? Como os serviços são distribuídos nos territórios? Quem tem autonomia para decidir um fluxo, realizar um agendamento, rever uma maneira de atuar no território? O quanto desse poder está na figura dos gestores municipais (e sua máquina administrativa) e o quanto é compartilhado com as equipes que estão atuando nas atividades assistenciais? Pensando nessas questões, usarei, neste trabalho, o termo descentralização também para me referir a essa dinâmica de concentração-desconcentração de poder dentro do município nesta relação trabalhadores/equipes assistenciais e equipes da administração da secretaria municipal de saúde.

Em Alfazema, o que experenciei foi que, com a descentralização das ações básicas para as unidades de saúde, a equipe da APS tinha mais autonomia, uma vez que era a própria reguladora da fila das especialidades. Conhecíamos e reconhecíamos os nossos usuários que

necessitavam de cuidado com prioridade. Eu sentia que isso aumentava o vínculo e a confiança entre eles e a unidade de referência. Tudo isso, parecia colaborar para o aumento do acesso do usuário aos serviços de saúde, ou seja, favorecia maior continuidade do cuidado.

Haveria, então, uma relação entre a maneira como esse poder se distribuía entre equipes, serviços e trabalhadores no território e a continuidade do cuidado?

Continuidade do cuidado, de forma simplificada, se refere ao cuidado em saúde que não é interrompido, que não deixa de acontecer em determinado momento pela falta de acesso ou por uma barreira que se coloca diante do usuário. Há uma complexidade de fatores que vão possibilitar mais ou menos continuidade do cuidado no percurso do usuário na rede. Essa continuidade pode ser influenciada pelas estratégias estabelecidas entre as equipes da APS e as equipes de outros serviços de saúde, tais como: existência de projeto terapêutico compartilhado, apoio matricial, linhas de cuidado definidas, realização de atendimentos conjuntos presenciais ou não, discussão de casos etc. A continuidade também pode ser impactada pelos dispositivos gerenciais e/ou estruturais, como forma de agendamento e de operar a regulação do acesso, formas de contratualização, existência ou não de transporte sanitário, entre outros (BELGA, JORGE, SILVA, 2022).

Nessa perspectiva, os elementos do cotidiano e os processos micropolíticos e dialógicos marcam a vida das organizações de saúde e, especialmente, de organizações complexas como a regulação do acesso aos serviços de um município. Para haver continuidade do cuidado, portanto, são necessárias não apenas atividades instrumentais e de gerenciamento, mas também identificação das reais necessidades do paciente dentro de uma linha de cuidado efetiva e de uma articulada organização do trabalho em saúde dentro e entre equipes (BELGA, JORGE, SILVA, 2022).

Como já citado ao decorrer deste relato, o protagonismo do enfermeiro surge nesse cenário como um importante sujeito do gerenciamento do cuidado nas unidades de saúde e que é capaz de se atentar para o cuidado que inclua as subjetividades, seja pelas práticas éticas, terapêuticas ou gerenciais. A autonomia do enfermeiro no cuidado emerge das experiências acumuladas com as transformações na assistência, sendo essencial esse olhar para o sujeito no que diz respeito à continuidade do cuidado (HADADD, JORGE, 2018; BELGA, JORGE, SILVA, 2022). É claro que o enfermeiro não atua de forma isolada, mas sim em equipe. Nesse sentido, para a continuidade do cuidado é preciso horizontalização das

relações entre profissionais/equipes, a ampliação do suporte clínico nas unidades de saúde (através de uma equipe multidisciplinar de apoio). Com isso, espera-se que ocorra a melhoria dos fluxos assistenciais e do acompanhamento dos pacientes. Espera-se evitar barreiras no percurso do usuário na rede, representando maior apoio às transições assistenciais (AZEVEDO et al. 2017; BELGA, JORGE, SILVA, 2022). Vale destacar o papel da enfermagem como ator fundamental para implementar processos de mudanças no modelo de atenção à saúde, seja pela capacidade organizativa dos processos de trabalho, seja pela proximidade com os usuários (BELGA, JORGE, SILVA, 2022).

Evidencia-se assim uma prestação de atenção mais integral e contínua, mesmo com algumas fragilidades inerentes ao próprio sistema de saúde. No caso do cuidado prestado ao usuário Felipe e a sua família, fica clara essa proposta de assistência que ele encontra na sua rede. No momento em que ele precisou de um atendimento psiquiátrico de urgência, encontrou no serviço de saúde que o acompanha esse cuidado centrado no paciente e nas suas necessidades, de forma articulada com outros pontos da rede e próximo à realidade do usuário e da unidade. Não houve um processo mecanizado e rígido de acesso ao serviço.

A minha experiência no município de Alfazema apontou que havia maior autonomia das equipes das unidades de saúde frente às suas demandas e às de seus usuários. Diante da gama de serviços que encontrei regionalizados e capilarizados para as equipes de saúde de Alfazema, observei a importância de haver um sistema de marcação de consultas especializadas do município dentro da unidade básica de saúde. Esse sistema era regionalizado para as unidades de saúde por meio de um programa único, o agendamento das consultas especializadas era realizado na própria unidade, sendo o enfermeiro o responsável por coordenar esse processo.

Os encaminhamentos para as especialidades médicas, fisioterapia, nutrição e fonoaudiologia, eram arquivados na unidade de referência do usuário por ordem de prioridade/gravidade e por data cronológica. De acordo com as datas de abertura das agendas, as vagas eram liberadas no sistema e, com atuação dos recepcionistas da UBS, eram realizadas as marcações das consultas. À medida que iam surgindo novas vagas, as unidades eram avisadas via e-mail para que procedessem ao agendamento. Após o agendamento, papéis com as informações das consultas marcadas eram disponibilizados aos ACS que, durante a visita domiciliar, realizavam a entrega aos usuários.

Esse arranjo criado em Alfazema dialoga com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), que afirma que a gestão municipal deve criar condições para que o acesso aos serviços especializados ambulatoriais seja realizado preferencialmente pela APS. Entretanto, persistem muitas barreiras aos cuidados especializados, com consequências no acesso oportuno e nos resultados e na equidade em saúde. Além disso, a partir do reposicionamento da atenção especializada (AE), na interface com os serviços da APS, observa-se, entre outros aspectos, melhoria da qualidade da atenção, redução das hospitalizações, redução dos exames e procedimentos desnecessários (ALMEIDA, SILVA, BOUSQUAT, 2022).

Mendes (2011) sugere que APS e AAE deveriam se integrar em um único sistema clínico. A APS, como lugar de busca regular de cuidados, possibilitaria aos serviços especializados serem acessados a partir de uma racionalidade clínica comprometida com as pessoas, sem exposição dos usuários a procedimentos desnecessários. Logo, não se trata apenas de aumentar a oferta de AAE, mas de integrá-la à modelagem das redes de atenção à saúde, tema pouco abordado por estudos e políticas públicas no país (NORNAM, TESSER, 2009; ALMEIDA, SILVA, BOUSQUAT, 2022).

O processo de descentralização - entendido também como municipalização e capilarização dos serviços dentro do território municipal - vem sendo importante para organização da rede de atenção a partir da capacidade do município e do seu fortalecimento, de modo que seja capaz de atender às demandas de saúde da população (COUTINHO, SANTOS, 2023). Dessa forma, descentralizar alguns serviços é primordial para o acesso universal e igualitário da população à saúde com foco na qualidade, humanização e excelência da promoção e prevenção das condições de saúde (VIEIRA, 2022).

Em Alfazema, o agendamento de toda oferta da AAE era descentralizado aos municípios da região. A partir de referências da APS, no papel regulador do enfermeiro, era realizado o agendamento nas centrais de regulação por meio de um sistema informatizado próprio e a agenda de consultas/procedimentos eram disponibilizadas mensalmente ou diante da abertura de novas vagas. Além da (re)oferta diária, alguns procedimentos não agendados eram disponibilizados no sistema próprio pela central de regulação de vagas. O fluxo mais comum era a condução do encaminhamento pelo usuário até a unidade de saúde do seu território e lá o encaminhamento e/ou a demanda da consulta era colocado na fila de espera de acordo com cada especialidade e prioridade para agendamento. O retorno sobre os agendamentos era realizado pelos profissionais das equipes de APS, e entregues ao usuário

por meio de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, prática essa adotada pelo município de Alfazema para sua própria regulação de acesso.

Nos casos de detecção de alguma situação que exigisse atendimento e/ou acompanhamento de casos mais urgentes e graves, era preciso comunicação e autorização municipal para um novo agendamento no sistema do município, mesmo no caso de reacomodação nas agendas médicas ou de criação de uma vaga extra.

O que eu observava era que, a despeito dessa organização da regulação do acesso à atenção ambulatorial especializada avançar e ser mais cômoda ao usuário, havia desafios e fragilidades. Um deles é relativo à necessidade de qualificar melhor o processo de regulação – tanto no nível central quanto no nível local. Ainda era preciso avançar na criação e/ou utilização de protocolos e estratégias que promovessem o contato pessoal entre profissionais da AAE e APS. Outro desafio é em relação à rotatividade dos profissionais da APS no município, o que dificulta o conhecimento e compreensão dos fluxos assistenciais. Frequentemente tínhamos a sensação de que estávamos recomeçando de novo e de novo: apresentando como a rede se organizava; quais os fluxos para acessá-los; quais eram os locais de atendimento de AAE.

A qualidade dos encaminhamentos também é um nó crítico enfrentado, principalmente para a realização da contrarreferência corroborando com o descrito por Mendes (2010), uma vez que muitos especialistas ainda atuam numa lógica ambulatorial tradicional. Além disso, havia dificuldade no envio de referência e contrarreferência entre a APS e os outros pontos da rede, sem o registro de informações clínicas, de prescrições, da necessidade de retorno. Não havia, por exemplo, um sistema de informação clínica compartilhado entre AAE e APS, dificultando a comunicação entre as equipes.

Deste modo, são identificados os seguintes desafios em relação à coordenação entre a atenção primária à saúde e outros níveis assistenciais: dificuldades em realizar referência e contrarreferência de pacientes, inexistência de sistemas logísticos que resultam em falta de mecanismos de regulação como marcação de consultas e exames e pouca comunicação entre os profissionais de saúde de níveis assistenciais distintos, no que diz respeito à conduta e aos registros clínicos dos pacientes. Refere-se um estrangulamento no acesso aos procedimentos de média complexidade. Assim, a dificuldade de acesso aos serviços especializados, ou à média complexidade, representa um dos principais entraves para garantir a integralidade da

atenção (MENDES, 2010; SILVA 2017).

O SUS encontra-se em face de um duplo desafio: abrir as portas do sistema para garantir o atendimento à população historicamente desassistida em saúde e, ao mesmo tempo, implantar redes de atenção à saúde que possam dar conta as necessidades de atendimento. A superação desse desafio é dificultada pelas desigualdades de acesso significativas entre as diferentes regiões do país.

Dito isso, reforça-se a diferença entre os municípios em que foram inspirados para esse relato. Um é macrorregional, é responsável por uma região de saúde composta de 26 municípios, diferente do outro de menor porte e com menor poder de regulação, destaca-se as diferentes capacidades administrativas e autonomia de mudança de processos regulatórios o que impacta diretamente na oferta dos serviços de saúde para uma população.

7. REFLEXÕES SOBRE A REGULAÇÃO EM SAÚDE

Desempenho atividades na APS, na eSF, desde 2016, como relatado e, neste período, pude viver profissionalmente dois modos distintos de organização da rede e do acesso à exames e atendimentos ambulatoriais especializados nos municípios de Granado e de Alfazema, ilustrados nos casos de Dona Magnólia e de Felipe, respectivamente. Nessas realidades, me chamou a atenção a maneira como as equipes da APS tinham maior ou menor governabilidade sobre o percurso do usuário na rede, possibilitando a elas maior ou menor capacidade de coordenar e de garantir continuidade do cuidado em saúde ao usuário. Um dos aspectos que parece estar relacionado a isso, é o processo de descentralização do poder às equipes da APS – poder também de regular o acesso - e da distribuição dos serviços no território que, em Alfazema, se dava de maneira mais presente. Em Granado, ao contrário, os serviços eram mais centralizados e os processos de regulação do acesso e de agendamento de exames e consultas especializadas se concentravam na gestão municipal e, em certa medida, ficavam sob a responsabilidade do próprio usuário. Em Alfazema observava maior coordenação e menor fragmentação do cuidado em comparação ao que vivenciei em Granado.

A questão da integração dos serviços e da rede de saúde segue como um desafio para o SUS e tem sido debatida em muitos espaços e pelos diversos atores envolvidos na sua consolidação. Embora seja considerada fundamental para a oferta de um cuidado mais integral à saúde, ainda observamos, na prática, muitas dificuldades para operar a integração entre as equipes dos diferentes serviços de saúde (ESP-MG, 2021).

Uma das dificuldades para estabelecer essa maior integração entre serviços da APS e da atenção especializada é a falta de entrosamento entre equipes, profissionais, familiares e com o próprio paciente, e nesse sentido, é importante repensarmos que o trabalho em saúde envolve diversas dimensões da vida das pessoas. A equipe precisa preparar-se e desenvolver estratégias concretas para receber as demandas que chegam ao serviço e para que os modos de atuar em equipe sejam guiados pelas necessidades de cuidado aos usuários e às famílias (ALMEIDA et al, 2018; ESP-MG, 2021).

Não há como se comunicar com os outros serviços da rede se o processo de trabalho, que começa na atenção básica, não for estruturado em torno da integração. Assim, o cuidado ao usuário deve ser permeado por conexões e relações entre serviços e equipes, de modo a alcançar o objetivo de prover/atender às necessidades dos usuários na oferta de cuidados (ALMEIDA et al, 2018; ESP-MG, 2021).

Mesmo a APS atuando como porta de entrada preferencial no sistema de saúde e possuindo como uma de suas funções a coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002; MENDES, 2010), um dos desafios diz respeito à interação e à continuidade do cuidado entre diferentes serviços, notadamente entre APS e a atenção especializada (MELO et al., 2021). Em relação à coordenação da APS, quando a questão é acessar serviços especializados, o tempo de acesso ainda é um problema e a gestão do acesso se dá, frequentemente, através da noção de listas de espera (MELO et al., 2021; MELO, GOMES, 2023).

Por parte dos serviços especializados, é necessário que o planejamento responda às necessidades do município – ou do conjunto de municípios, se for um serviço de abrangência regional - e da sua população. Isso se dá, obviamente, na relação com a atenção básica, que tem esse papel de coordenar o cuidado dos usuários na rede. Para acontecer o acesso à atenção especializada, são necessários fluxos bem estabelecidos, protocolos de encaminhamentos, mecanismos de comunicação e construção de uma relação mais próxima entre esses serviços. Do contrário, os médicos especialistas continuarão reclamando que

recebem usuários em condições de saúde que não as indicadas para o serviço especializado, enquanto pessoas com situação de saúde de maior risco seguirão tendo dificuldade em acessar de forma rápida e oportuna esses especialistas (ALMEIDA, SILVA, BOUSQUAT, 2022).

Nesse sentido, pergunto: os processos de regulação podem ser pensados como mecanismos de integração entre equipes e serviços da APS e da atenção especializada? O quanto temos colocado a discussão da regulação como uma questão para a continuidade do cuidado em saúde e para a coordenação do cuidado pela APS?

Até 2008, no Brasil, o conceito de regulação utilizado espelhava-se no proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000), que reduzia a regulação a encontrar alternativa assistencial adequada em tempo oportuno (FREIRE et al, 2020). A partir da Política Nacional de Regulação, publicada nesse ano, buscou-se ampliar o conceito de regulação e colaborar na organização das ações em estruturas denominadas “complexos reguladores”. Passou-se a considerar a existência de três dimensões na regulação: i) regulação de sistemas de saúde; ii) regulação da atenção à saúde; iii) regulação do acesso à assistência (BRASIL, 2008).

A regulação no setor saúde é compreendida como ação social e abrange ações de regulamentação, fiscalização, controle, auditoria e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção de bens e serviços em saúde (CONASS, 2024). Dessa forma entende-se que a regulação de sistemas de saúde tem o objetivo de definir, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a regulação da atenção à saúde e executar ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas. A regulação da atenção à saúde é realizada pela Secretaria Estadual de Saúde, por meio do desenvolvimento de ações diretas e finais de atenção à saúde e dirige-se aos prestadores públicos e privados, definindo estratégias regular o acesso. A regulação do acesso à assistência (regulação assistencial) se ocupa da organização, do controle, do gerenciamento e da priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, via complexo regulador e suas unidades operacionais (BRASIL, 2008; CONASS, 2024).

Na área da saúde, os mecanismos regulatórios são estruturados em complexos e centrais de regulação, que atuam como pilar entre demanda e oferta no SUS, formando sua rede, que integra e articula dispositivos, entre eles as centrais de internação, consultas, exames especializados, cirurgias eletivas, urgência, entre outras (DRIGO, LUCENA, MORAS, 2025).

Entende-se, assim, que a Regulação em Saúde tem como uma das principais funções o encaminhamento do usuário às ações e serviços de saúde, de acordo com suas necessidades assistenciais, relacionando a otimização na alocação e distribuição dos recursos financeiros que são disponíveis na região. Assim, ajuda a disponibilização de ações e serviços de assistência à saúde, principalmente aos usuários que se encontram em situações prioritárias, indo ao encontro do princípio doutrinário do SUS da equidade (DRIGO, LUCENA, MORAS, 2025).

Todavia, apesar de inúmeros avanços proporcionados pela descentralização, as enormes diferenças e desigualdades regionais quanto ao acesso e organização dos serviços de saúde no território nacional constituem-se em desafios para a gestão descentralizada, haja vista o esgotamento potencial das iniciativas individuais dos municípios na organização do sistema de saúde.

A regulação em saúde, na lógica de um sistema com modelo de organização e oferta de serviços de base universal, como o SUS, compreende um processo que trabalha com a relação da demanda do usuário até chegar à prestação efetiva do atendimento em saúde pelos serviços de saúde. A regulação passa pela relação entre o profissional de saúde e o usuário, compondo ações de microrregulação, para além das relações entre oferta, demanda e prestação de serviços em rede (FELTRIN et al, 2019).

É importante perceber que a regulação em saúde possui relação com o processo de regionalização. A primeira atua na equidade da prestação de serviços, diante de uma determinada distribuição da oferta, considerando a regionalização, ou seja, as especificidades regionais. Tudo isso deve acontecer de modo a colocar no centro as necessidades individuais e coletivas da população (BRASIL, 2006; FELTRIN, 2019). No SUS, sem a regulação, grande parte da população ficaria peregrinando, sem atendimento de saúde ou com dificuldades de acesso, como observado em alguns momentos, no caso de Dona Magnólia. É necessária uma regulação adequada para garantir que as decisões estejam consoantes com o interesse da população (BASTOS, 2020), aliada ao fortalecimento da APS, abrangente, resolutiva e que possa assumir a condução do sistema (ALMEIDA, SILVA, BOUSQUAT, 2022).

Um dos pilares de um modelo de atenção especializada integrado em rede é o acesso regulado e coordenado pela APS (ALMEIDA, SILVA, BOUSQUAT, 2022). Entretanto, a

regulação assistencial ambulatorial (de exames e consultas) ainda tem sido operada em centrais de regulação (municipais e/ou estaduais), ainda que recomendações de maior participação da APS já existam na política nacional. Há também heterogeneidade no grau de implementação de processos regulatórios no Brasil, com frequente, porém tímida, participação da APS, e marcante desintegração desta com a atenção especializada.

Isso reforça a relação entre a coordenação do cuidado pela APS e o modo como o acesso é regulado. Para o acesso à atenção especializada há diversos aspectos envolvidos no sentido de facilitar a coordenação do cuidado, e vice-versa, tais como: o acesso ocorrer via, exclusivamente, referenciamento da APS; a existência de sistema informatizado de regulação; a disponibilização prévia da agenda, com as possibilidades de remanejamento de acordo com as necessidades dos usuários; envio regular da contrarreferência da AE para a APS; criação e uso de mecanismos de comunicação entre as equipes desses serviços (ALMEIDA, SILVA, BOUSQUAT, 2022). Algumas dessas características, eu pude observar na experiência em Alfazema, como o sistema de regulação informatizado e a disponibilização da agenda, por exemplo.

Diante disso, a Atenção Primária à Saúde vem sendo convocada a assumir maior protagonismo nos processos regulatórios de acesso a outros serviços, com vistas a viabilizar sua função de coordenação do cuidado. Este atributo fundamental da APS configura-se como condição necessária para alcançar um atendimento integral e contínuo, bem como atender a um conjunto de necessidades da população, sobretudo que exijam a integração entre diferentes pontos de atenção do sistema de saúde (JÚNIOR, et al., 2022; MELO, GOMES, 2023).

Um dos mecanismos para organizar o acesso e o fluxo dos usuários aos serviços de saúde na atenção especializada é a regulação assistencial (SILVA, MOREIRA, 2021), especialmente quando ela acontece de forma informatizada (ALMEIDA, SILVA, BOUSQUAT, 2022). A regulação do acesso à assistência, também denominada regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais (SILVA, MOREIRA, 2021; BRASIL, 2008). Ou seja, a regulação, interfere e sofre interferências do gerenciamento e funcionamento dos serviços e das relações estabelecidas entre eles, como formas de entrada e encaminhamentos (GUABIRABA, GOMES, MELO, 2022).

Para além da questão da integração entre APS e atenção especializada, é preciso lembrar que o acesso aos serviços especializados (ambulatorial ou hospitalar) é um dos maiores problemas do SUS, decorrente de vários fatores como insuficiente oferta e/ou desigualdade na distribuição de ações diagnósticas e terapêuticas; modos de financiamento; gestão do acesso; organização e funcionamento da AE e de outros elementos das RAS, como por exemplo, a qualidade de encaminhamentos e das solicitações (MELO et al., 2021; MELO, GOMES, 2023). Nesse sentido, é importante destacar que, neste trabalho, não temos a intenção de restringir a análise sobre barreira de acesso ao cuidado especializado apenas a uma questão de regulação do acesso ou de maior (ou menor) centralidade da APS na rede, compreendendo que há outras questões macroestruturais aí implicadas. Por outro lado, reconhecemos a importância da noção de regulação, como estratégica na gestão das redes de atenção, especialmente, pensando no acesso à atenção especializada. Princípios e diretrizes como equidade, transparência, utilização adequada e tempo oportuno de acesso têm sido evocados em suas diferentes conformações (ambulatorial, urgências, leitos, etc.) (MELO, GOMES, 2023).

A regulação comporta-se como um componente importante da burocracia, já que é uma função gestora e terá relação com algum grau de coordenação da informação.

No município de Alfazema, em que observamos maior capacidade da APS atuar na regulação do acesso à atenção especializada, é importante destacar que, em meados dos anos 2000 houve uma grande expansão de cobertura e investimento qualitativo na APS. Uma das inovações produzidas, nesse período, foi à descentralização da regulação ambulatorial para a APS, na qual os enfermeiros integrantes das equipes de saúde passaram a ter atribuições no processo regulatório até então exclusivas da central de regulação. Nessa situação, o gestor do cuidado, que frequentemente era o enfermeiro da APS, que conhecia a história do usuário, também podia participar e se responsabilizar pela regulação do acesso aos serviços especializados.

Esta situação era diferente do que geralmente observamos em que o “regulador de vagas” é alguém que não necessariamente conhece de forma aprofundada as condições dos usuários. Ou seja, ao serem encaminhados, os usuários deixam de ter contato com alguém que realizou seu diagnóstico e que o acompanhou, para entrar em contato com o “regulador”, que não interagiu com sua realidade e não participou da construção do plano de cuidados. Há um distanciamento entre o que sabe o “regulador” e as necessidades e as urgências do usuário.

Isso demonstra a necessidade de que o profissional regulador seja sensibilizado com conhecimentos necessários para fazer esse sistema regulatório operar de forma a gerar benefícios (SILVA, MOREIRA, 2021). Ou isso demonstraria que a APS pode atuar nessa função?

Quando a regulação do acesso é realizada pela APS, quem regula o acesso conhece a história do usuário e pode gerir melhor a fila de espera e o acesso a atenção especializada. Não é a APS que conhece os modos de vida de sua população, que a acompanha ao longo da vida e tem maior capacidade de perceber os riscos? Por isso, não seria a APS mais implicada com a continuidade do cuidado do usuário? Não teria a APS mais condições de regular o acesso de forma assertiva?

No primeiro caso relatado neste trabalho, Dona Magnólia percorria sozinha os fluxos, sem a intermediação de profissionais que conheciam e acompanhavam sua história de vida, sua história clínica e de sua família. Enquanto isso, Felipe, mesmo quando precisava acessar a um especialista, permanecia como responsabilidade da equipe da APS. Nesse sentido, criar mecanismos regulatórios que considerem aspectos objetivos e subjetivos dos pacientes, parece ser uma maneira de humanizar a regulação do acesso, evitando a peregrinação do usuário na rede ou até mesmo a interrupção do processo de cuidado em saúde, diante de barreiras que ele possa enfrentar. Um desses mecanismos poderia ser, por exemplo, o fortalecimento do papel da APS na coordenação do cuidado, ampliando sua capacidade de atuar na relação com outros serviços e na regulação do acesso a cuidados ofertados em outros níveis de atenção.

Ao relatar esta experiência, percebe-se, todavia, alguns desafios enfrentados e que também corroboram com achados (GOMES, MELO, 2022; GUABIRABA, GOMES, MELO, 2022) no que diz respeito ao tempo de acesso a serviços especializados que se dá pela gestão do acesso, frequentemente, através da noção de listas de espera; a baixa comunicação entre serviços, que tem sido apontada como uma barreira à integralidade da atenção, dificultando a continuidade e coordenação do cuidado, ofertas assistenciais insuficientes e/ou desigualmente distribuídas e a ausência de um protocolo único a ser seguido com regras e diretrizes claras sobre o agendamento das AAE pode ser um fator que gera iniquidades ao acesso aos serviços de saúde, uma vez que fica a critério do profissional regulador assumir esta decisão.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Início esse trabalho valorizando as percepções subjetivas da experiência que tive nos municípios de Granado e de Alfazema, atuando como enfermeira da Estratégia de Saúde da Família. Tais experiências me faziam, inicialmente, acreditar que o controle do agendamento aos serviços especializados pela APS era o que parecia produzir melhores resultados subjetivos de saúde. Subjetivos, porque me refiro ao que percebia nos usuários e não aos indicadores de saúde objetivamente medidos.

Busquei, ao longo desse trabalho, rememorar situações e relembrar o encontro com usuários. Nesse esforço, me ancorei nos personagens fictícios – Dona Magnólia e Felipe – e com eles fui tentando destrinchar o que se passava nessas duas experiências.

Ao descrever o que viveram esses personagens, algumas pistas apontavam para a complexidade da questão. Não era apenas uma sobre quem controla a agenda da atenção especializada, havia outros elementos nessa cena, como: o grau de autonomia das equipes que atuam na APS para coordenar o cuidado; a necessidade de entender o que está envolvido nesse ato de coordenar o cuidado; o processo de descentralização das decisões e das ações pela gestão municipal às equipes da APS e seus impactos na continuidade do cuidado em saúde; a distribuição dos serviços no território e como o usuário concretamente chega a esses serviços; quem e como são definidos os fluxos; como é feito um agendamento e quais critérios são levados em conta; quem atua como regulador do acesso; o quanto o regulador do acesso conhece da história de vida e clínica do usuário, entre outras questões. Essa lista de questões poderia ser ainda mais ampliada e requer, de fato, mais estudos no futuro.

O que notei ao me deparar com tantas questões que interferem no acesso efetivo ao cuidado especializado é que é preciso discutir mais sobre a relação entre regulação e cuidado integral, coordenação do cuidado e o papel da APS para que isso se efetive. Este trabalho não pretendia apresentar conclusões e, de fato, não é capaz de trazer explicações ou recomendações. Entendo que seu principal objetivo é produzir reflexões em torno do acesso à atenção especializada.

Nesse sentido e, em certa medida, este trabalho me colocou a pensar sobre como os processos de regulação podem atuar como mecanismos de integração entre equipes e serviços

da APS e da atenção especializada, e não apenas como estratégia para se conseguir um atendimento especializado. Acredito que esse caminho de investigação e de produção de alternativas de organização do SUS e da APS, parece ser potente.

O SUS ainda se depara com imensos desafios para garantir um sistema universal, integral, equânime e que tenha qualidade. Entre esses se destacam a disparidade de cada região do país e de suas regiões, bem como a diversificação dos arranjos territoriais que desafiam capacidade administrativa e decisória no que diz respeito a mudanças de processos e fluxos.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 244–260, 2018.
- ALMEIDA, P. F.; SILVA, K. S.; BOUSQUAT, A. Atenção Especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 4025–4038, 16 set. 2022.
- ALVES, R.L.C.; FLEISCHER, S. ‘O Que Adianta Conhecer Muita Gente e no Fim das Contas Estar Sempre só?’ Desafios da maternidade em tempos de Síndrome Congênita do Zika Vírus. **Revista ANTHROPOLÓGICAS**, 29(2): 6-27, 2018.
- AQUINO, C. M. F. et al. Peregrinação (Via Crucis) até o diagnóstico da hanseníase [Peregrination (Via Crucis) to a diagnosis of leprosy]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, p. 185–190, 19 maio 2015.
- AZEVEDO, C. S. et al. Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 22, n. 6, p. 1991-2002, 2017.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L.; SASSO, G. T. M. D. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 378–385, jun. 2010.
- BASTOS L.B.R. et al. Desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Rev Saude Publica**. v.54, p.25, 2020.
- BELGA, S. M. M. F.; JORGE, A. O.; SILVA, K. L. Continuidade do cuidado a partir do hospital: interdisciplinaridade e dispositivos para integralidade na rede de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 551–570, 17 jun. 2022.
- BONDÍA, J.L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n.19, 2002.
- BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 17, n.2, p. 555-560, 2012.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acesso em 10 out. 2024.

BRASIL. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>>. Brasil, 2022. Acesso em: 17 de set. de 2024.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos . **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, v. 128, n. 182, 20 set. 1990. p.18055-18059.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 1559, de 01/08/2008. **Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS**. Diário Oficial da União, Brasília, p.48-9 Seção, 04 agosto 2008. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em 30 de set. de 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2017.

BROJAN, L. E. et al. Desafios no processo de descentralização do sistema único de saúde em municípios de pequeno porte. **Anais do 13º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, v. 2, 2022. Relato de Pesquisa ISSN: 2965-2154.

CARVALHO, M. N.; LEITE, S. N. Itinerário dos usuários de medicamentos via judicial no estado do Amazonas, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 51, p. 737–748, dez. 2014.

CONASEMS. **Regionalização da Saúde - Posicionamento e orientações**. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2019/02/DocumentoT%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-2.pdf>>. Brasília, p.28, 2019. Acesso em 18 de set. de 2024.

CONASS. **A regulação no SUS – alguns conceitos**. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/guiainformacao/a-regulacao-no-sus-alguns-conceitos/>>. Acesso em: 25 out. 2024.

Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. Guia de Orientações para a Atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde/ **Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Coren-MG, 2017.

COUTINHO, D. C. MACEDO; SANTOS, R. O processo de regionalização do SUS

Tocantins: desafios e perspectivas. **Serviço Social e Saúde**, v. 22, p. e023007–e023007, 2023.

Drigo, M. de S., Lucena, E. A. C., & Moraes, P. N. de. (2025). Relato de experiência: auditoria clínica- filas de regulação. **Revista Delos**, 18(64), e3896.
<https://doi.org/10.55905/rdelosv18.n64-003>

FELTRIN, A. F. et al. A regulação da assistência sob a ótica dos usuários em um ambulatório de especialidades regional. **Cuid Enferm**, v.13, n 2, p 159-163, 2019.

FREIRE, M. P. et al. Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 3, 2020.

HADDAD, A.A.C ; JORGE, A. O. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. **Saúde debate**, n. 42, v. 4, p. 198-210, 2018.

IBGE. **Alfenas (MG), Cidades e Estados**. IBGE, 2022. Disponível em:
 <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/alfenas.html>>. Acesso em 15 de out. de 2024.

GERMANO, A. M. **Poema sobre o SUS**. Disponível em:
 <<https://redehumanizausus.net/81454-poema-sobre-o-sus/>>. Acesso em: 28 out. 2024.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.3, p.783-794, 2009.

GOMES, R. M. L. Processo de Trabalho e Planejamento na Estratégia Saúde da Família. **Recife: Ed. Universitária da UFPE**, 2015. 50p.

GUABIRABA, K.; GOMES, G.; MELO, E. A. Oportunidades, percalços e justificativas: a descentralização da regulação ambulatorial no município do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 107–120, 21 fev. 2022.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. spe, p. 178–185, 2006.

MARRONI, C. H.; FRANZESE, C.; PANOSSO, A. Consórcios públicos intermunicipais: caminho para descentralização e redução de desigualdades nas políticas públicas? **Enfoque: Reflexão Contábil**, v. 40, n. 1, p. 17–29, 19 nov. 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª ed. Brasília: **OPAS**; 2011

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: **Hucitec**, 2002.

METELSKI, F. K, et al.. Enfermeiro gerente de unidade na atenção primária: o desafio de ser polivalente. **Enferm Foco**, v. 13, p. e-202235, 2022.

Minas Gerais. Escola de Saúde Pública. Guia de Formação de tutores: projeto Saúde em Rede. / **Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais** – 1. ed. rev. – Belo Horizonte: ESP-MG, 2022.

MOURA, O. S. B. et al. Impacto da gestão na descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). **UNIFIMES**, 2021. Disponível em:

<<https://publicacoes.unifimes.edu.br/index.php/coloquio/article/view/1036>>. Acesso em: 15 out. 2024.

NORMAN, A. H., TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad Saude Publica**, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, 2009.

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

PADILHA, A. R. S. et al. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. **Saúde debate**, v. 42, n. 118, p. 579-593, 2018.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861–870, mar. 2018.

SILVA, C.R. Estratégias utilizadas por gestores de municípios de pequeno porte para garantia de acesso aos usuários do SUS a serviços de média complexidade. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2016.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO**, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em:

<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 15 out. 2024.

VIEIRA, L. **Atenção, Regulação e Vigilância**. [recurso eletrônico]. Goiânia, 95 p., 2022. Disponível em: < <https://goias.gov.br/saude/wp-content/uploads/sites/34/2024/01/Ebook-2->

versao-atualizada.pdf.> Acesso em 15 out. de 2024.