

Corpos empilhados, descontos e parcerias: intersecções entre Atenção Básica e rede de urgência no Rio Grande do Sul, Brasil


Piled up bodies, discounts and partnerships: the intersection of primary care and the urgent and emergency care network in Rio Grande do Sul, Brazil (abstract: p. 16)

Cuerpos apilados, descuentos y alianzas: intersecciones entre la atención básica y la red de urgencias en Rio Grande do Sul, Brasil (resumen: p. 16)

Cristian Fabiano Guimarães^(a)

<cristian.guimaraes@unifesp.br> 

Andressa Rebequi^(b)

<andressa.rebequi@atitus.edu.br> 

Julia Quadri Bortoli^(c)

<bortoli.jq@gmail.com> 

Michelle Flores Henchen^(d)

<michellefhenchen@gmail.com> 

Luís Fernando Nogueira Tofani^(e)

<luis.tofani@gmail.com> 

continua pág. 13

^(a, f, g, h) Departamento de Medicina Preventiva, Área de Política, Planejamento e Gestão, Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Rua Botucatu, 740, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil. 04023-900.

^(b) Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado), EPM, Unifesp. São Paulo, SP, Brasil.

^(c, d) Graduanda do Curso de Medicina, Atitus Educação. Passo Fundo, RS, Brasil.

^(e) Departamento de Medicina Preventiva, Laboratório de Saúde Coletiva, Unifesp. São Paulo, SP, Brasil.

Este manuscrito problematiza a intersecção entre Atenção Básica e a Rede de Urgência e Emergência em uma região de saúde no Rio Grande do Sul, Brasil. Foi realizada pesquisa qualitativa com abordagem micropolítica em três municípios com a participação de gestores regionais e municipais, usuários, gerentes e trabalhadores da rede de saúde. Buscou-se mapear as forças que disputam a produção do cuidado e a rede de atenção. A insuficiência e a fragmentação da rede; o envolvimento dos gestores públicos e trabalhadores, que pouco utilizam sua capacidade para intervir na produção do cuidado e interferir no arranjo atual; e a ação de mecanismos que articulam interesses privados ligando o cuidado em urgências ao saber especializado e ao hospital são forças que se movimentam em direção à não intersecção intencional e produtiva no território.

Palavras-chave: Emergências. Atenção primária à saúde. Atenção à saúde. Gestão em saúde. Planejamento em saúde.

Introdução

No Brasil o termo Atenção Básica (AB) pode ser utilizado como sinônimo de Atenção Primária à Saúde (APS)^{1,2}. Embora esses termos estejam em disputa no campo da Saúde Coletiva, neste estudo serão considerados sinônimos, preferindo-se utilizar Atenção Básica. A discussão que faremos consiste em recorte de pesquisa desenvolvida entre 2018 e 2021³ em duas regiões de saúde, respectivamente nos estados de São Paulo e Rio Grande do Sul.

Propomos pensar intersecções entre Atenção Básica e Rede de Urgência e Emergência (RUE) por meio de uma região de saúde. Estudo sobre a implementação dessa rede temática no contexto regional contribuiu para identificar fatores que facilitam ou dificultam sua efetivação⁴ e a micropolítica do cuidado existente nessa rede temática⁵. Tais estudos^{4,5} são importantes porque deslocam a forma pela qual o problema das urgências/emergências vinha sendo abordado pelos pesquisadores; e, ao mesmo tempo, colocam no centro da discussão o debate sobre o cuidado integral nas regiões de saúde. No Brasil, os pesquisadores que estudaram a RUE desenvolveram seus estudos partindo da análise de algum dos seus componentes⁶⁻⁸. O hospital é o ponto de partida mais utilizado pelos pesquisadores, sugerindo que o conhecimento sobre a política de urgências e emergências é fragmentado e, portanto, insuficiente.

Propomos avançar o conhecimento sobre a RUE superando o componente hospitalar como categoria privilegiada para conhecê-la. Buscar outro ponto de vista implica assumir que o tema das urgências e emergências no SUS é um problema que precisa ser abordado no campo da multiplicidade. Utilizando a intersecção de diferentes matérias como estratégia para produzir saber capaz de superar a centralidade do componente hospitalar, propomos problematizar a intersecção RUE-AB na região de saúde estudada, sem a preocupação de aprofundar a discussão sobre o papel da AB na rede de urgências/emergências.

Prestando atenção àquilo que se movimenta no encontro da rede básica com a rede de urgência/emergência, buscamos entender a micropolítica que disputa a RUE no cenário estudado. O resultado da nossa análise é um saber local, parcial e situado, porém com alcance para refletir sobre a conformação da RUE e sua relação com a AB (e vice-versa). Partimos da questão: “O que pode a RUE na região que estudamos?”. Concluímos chamando a atenção às tendências e intencionalidades que disputam o cuidado e a conformação da rede de atenção no território.

Estudo sobre a micropolítica da RUE em diferentes regiões de saúde evidenciou que o poder dos hospitais e a fragilidade da regulação governamental são dimensões críticas que disputam a produção dessa rede de atenção no território⁹. Essas dimensões interferem nos modos de produção do cuidado, compondo arranjos singulares que também sofrem influência dos processos de governança locais/regionais. O debate sobre o hospital e sua relação com a RUE é importante. Contudo, abordá-lo apenas nesse viés pode dificultar a compreensão dos gestores e limitar seu campo de ação, reduzindo chances de encontrar soluções para produzir cuidado integral em rede no território.

Diferente da RUE, a AB é um campo bastante discutido pela comunidade científica no Brasil. Ela é um componente estratégico do sistema de saúde, principal porta de entrada e de comunicação da RAS. Seu papel como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços no território reforça a necessidade de pensar a RUE não apenas por meio do hospital, mas também na intersecção com a AB. Embora seja clara a necessidade de problematizar a dupla RUE-AB, e apesar de haver produção robusta de conhecimento sobre a AB no país, é curioso constatar a ausência de estudos que discutam essa rede temática pelo componente da AB.

É possível que a fragilidade na cooperação intergovernamental e no protagonismo da esfera estadual, a incapacidade das instâncias de pactuação bipartites se consolidarem como espaço de planejamento e a insuficiência de condições que assegurem minimamente a execução de ações da AB¹⁰ sejam alguns dos fatores que dificultam o aprofundamento da discussão RUE-AB.

Um problema importante a ser enfrentado para a composição das RAS diz respeito à coordenação do cuidado pela AB¹¹. A redução de investimentos e de prioridade na Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o enfraquecimento de arranjos que buscam a integralidade do cuidado¹². Na região de saúde estudada, a cobertura da ESF variava de 35,8% a 59,3% em 2019, sem aumento nos últimos anos¹³. Nela, a AB se compõe como um arranjo que é modelado tendo como referência a lógica de cuidado dos serviços ambulatoriais e de pronto atendimento. Embora alguns trabalhadores da AB percebam as limitações desse modelo e o critiquem, julgam-se desmotivados para mudá-lo, porque entendem que não há interesse dos gestores municipais nessa mudança.

Portanto, é inédito e necessário discutir a intersecção AB-RUE, especialmente quando se busca a integralidade e a resolutividade do cuidado nas urgências. Na pesquisa que serviu de base para este estudo³, nosso objetivo foi analisar o processo de implementação e conformação dos modos de produção do cuidado na RUE. Tínhamos, ainda, interesse em identificar “analísadores da produção micropolítica presentes no processo de pactuação e implementação da RUE; analisar as diferentes produções na gestão com sua implementação; e caracterizar transformações nos modos de produção do cuidado mediante a implementação da RUE nas regiões de saúde”³.

Neste texto, apresentamos um recorte do estudo-mãe³, partindo da pergunta: Quais micropolíticas se expressam na intersecção entre AB e RUE no território? Problematizaremos as intersecções entre RUE e AB em uma região de saúde composta por 28 municípios no norte do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Com base no material empírico, buscamos dar visibilidade às micropolíticas que disputam o cuidado e a rede de atenção no território. O olhar dos pesquisadores esteve atento ao plano dinâmico das forças, lutas e disputas, a sua ação/interferência sobre os objetos e nas práticas de gestão e produção do cuidado^{14,15}, possibilitando a ampliação da visão de gestores/trabalhadores do SUS sobre forças/intensidades que disputam as políticas e a produção do cuidado no território.

Método

A pesquisa, de natureza qualitativa e com abordagem micropolítica¹⁶⁻¹⁸, foi desenvolvida por entrevistas em três camadas: 1) gestores municipais e regionais; 2) usuários que utilizaram a RUE; e 3) gerentes e trabalhadores dos diferentes serviços que compõem essa rede temática (hospitais, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e Unidades Básicas de Saúde (UBS)).

A região de saúde investigada possuía os componentes da RUE implantados e linhas de cuidado sendo construídas. Foram escolhidos três municípios de diferentes portes na região, indicados pelos técnicos da Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Embora a escolha tenha sido intencional, partiu-se de critérios previamente elegidos pelos pesquisadores: municípios de pequeno, médio e grande portes, com pelo menos três componentes da RUE, que tivessem gestores com participação no processo de pactuação e implementação dessa rede temática na região.

Na primeira fase, foram entrevistados nove gestores. Desses, dois eram gestores regionais responsáveis pela coordenação do planejamento e das ações em saúde. Nos municípios de pequeno e médio portes, foram entrevistados os Secretários Municipais de Saúde e os coordenadores da AB. Já no de grande porte, além do secretário, entrevistaram-se as coordenadoras da AB e da média e alta complexidades.

Na segunda fase, foram entrevistados nove usuários (três em cada município) que, em momento recente, haviam sido acolhidos pelos serviços de urgência nas diferentes linhas de cuidado (traumatologia, cardiologia e AVC). Os usuários foram identificados pelos trabalhadores das UBS de cada município e estavam sendo acompanhados, no momento da pesquisa, pela equipe de saúde. Essas entrevistas objetivaram coletar depoimentos por meio de abordagem biográfica^{19,20} sobre a experiência do usuário na rede de atenção.

Na terceira fase, 12 gerentes e trabalhadores dos pontos de atenção da RUE foram entrevistados: responsáveis técnicos pelo Samu, diretores de hospitais de referência regionais, coordenadores dos serviços de urgência e emergência hospitalares e trabalhadores das UBS/ESF nos três municípios da região estudada. Foram apresentadas aos entrevistados duas narrativas construídas por depoimentos dos usuários. Após a leitura das narrativas, os informantes eram convidados a refletir sobre a RUE na região de saúde.

No total, foram entrevistados trinta sujeitos selecionados considerando os critérios e procedimentos descritos acima, de acordo com a característica de cada fase. No momento das entrevistas, os informantes ou estavam investidos do papel de gestor municipal ou regional (estadual), ou gerenciando e/ou desempenhando atividade profissional em algum dos pontos de atenção da RUE, ou utilizando a rede de cuidados existente na região de saúde. A coleta de dados foi realizada, predominantemente, entre os anos de 2018 e 2019, antes da pandemia de Covid-19. Por essa razão, os impactos da crise sanitária não foram considerados como objeto de análise e reflexão.

Todos os entrevistados concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa de três instituições diferentes. Os números dos pareceres de aprovação são os seguintes: 4.890.164; 4.761.843; 3.611.077.

Para as análises, as entrevistas foram transcritas e o material empírico estudado a fim de identificar analisadores que emergiram com a problematização da intersecção RUE-AB, capazes de evidenciar alguns planos e suas micropolíticas. Compreende-se como analisador:

[...] aquilo que provoca análise, quebra, separação, explicitação dos elementos de dada realidade institucional. Esse conceito é inseparável do conceito de transversalidade, porque é numa situação de questionamento das hierarquias e especialismos que o analisador surge como uma ferramenta analítica que deslocaliza ou despersonaliza a intervenção²¹. (p. 173)

Os achados deste estudo serão apresentados por três apontamentos (planos de análise). Cada plano concatena diferentes vistas do ponto e pontos de vista dos entrevistados. Para manter coerência com os operadores conceituais e o método proposto, optamos por não utilizar recortes das entrevistas para ilustrar os achados. Os planos são combinações de conteúdos comuns, porém heterogêneos; são analisadores que sugerem pistas da micropolítica da gestão e do cuidado na RUE, problematizada na intersecção com a AB.

Três apontamentos sobre a intersecção AB e RUE

Os arranjos de produção do cuidado na AB nos municípios que compõem a região de saúde estudada não são homogêneos, mas permitem compor um plano comum de análise. Esse plano é o primeiro apontamento, sendo ainda possível encontrar outros dois movimentos singulares quando problematizamos a intersecção entre a AB e a RUE na região. A construção da análise transitando entre o comum e o singular permitiu a produção de conhecimento sobre essa intersecção no cotidiano da produção micropolítica do cuidado.

Como a produção sobre AB e RUE é pequena e, em geral, os artigos existentes não abordam o tema de forma interseccionada e no campo da micropolítica, é difícil cotejar nossos achados e estabelecer relações com estudos que partem de abordagens conceituais e filosóficas distintas. Contudo, faremos um esforço para estabelecer essas relações. Não obstante, nos estudos existentes, o hospital segue sendo o ponto de partida e de chegada privilegiado nas análises: a RUE é discutida e referenciada ao hospital que é o núcleo de produção do sentido dela.

A dimensão comum da intersecção AB e RUE

Nos municípios estudados, a AB não se institui com base nas necessidades de saúde da comunidade. O modelo de cuidado que sustenta sua conformação produz uma AB fragilizada, sem dispositivos de inserção ativa na rede de atenção, caracterizando uma experiência de cuidado pouco resolutiva e de baixa qualidade. A produção de “vínculo” entre o usuário e o profissional da saúde é, na maior parte das vezes, focada na “regulação profissional”²² com encaminhamentos para outros pontos da rede, não como responsabilidade da UBS pela integralidade do cuidado, mas como um arranjo de produzir acesso a pontos especializados específicos, a maioria privada, não de acesso universal.

Na forma aqui utilizada, vínculo diz respeito a um agenciamento em duas direções: como uma espécie de “apadrinhamento” que garante o acesso do usuário ao cuidado na rede existente no território; prática de caráter “clientelista” em que possuir vínculo com o profissional de saúde significa ter privilégio. Ou, noutra dimensão, despotencializada, a AB utiliza o vínculo com o usuário como “alavanca” ou ponto de apoio para deslocá-lo do serviço público para os serviços privados existentes no território, com desembolso financeiro dele. Trata-se aqui de um conceito distinto da ideia de vínculo que tem se constituído como aposta na AB²³⁻²⁵. Perspectiva diferente da ideia de vínculo como indutor da relação terapêutica, valorizado como mecanismo para potencializar o cuidado e ampliar a qualidade terapêutica²⁵. Uma concepção de vínculo que convoca a responsabilização pela integralidade como indutora da produção de rede entre os serviços do SUS.

A pesquisa mostrou a existência de formas vinculares que se compõem e são utilizadas como critério para garantir vantagem no acesso ao cuidado, com forte componente de seleção arbitrária e restritiva a alguns usuários, cujos critérios ou condições de seleção são estabelecidos no campo moral, não por meio de critérios que valorizam a integralidade e a resolutividade do cuidado. Uma lógica de seleção intencional e discriminatória de quem terá acesso, sendo o “vínculo” um mecanismo produtor de iniquidades.

Outra característica comum à região de saúde estudada foi percebida pela visão hegemônica dos trabalhadores da AB de que o problema central do sistema de saúde locorregional é a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de atenção especializada de média complexidade. A perspectiva pela qual partem esses trabalhadores não coloca as condições para problematizar o papel da AB na rede, tornando-a produtora de uma lógica de cuidado centrada na demanda por consultas e exames especializados. Dessa forma, a AB fica relegada à função de “triagem e encaminhamento”. O fortalecimento de um modelo de Saúde Pública tradicional, fragmentado e especializado, alimenta na região um sentimento geral de insuficiência ou fracasso do SUS pela população.

É importante analisar esse movimento mediante os referenciais que agenciam modelos de cuidado distintos²⁶.

Para Merhy¹⁸, quando possuímos um ponto de vista sobre determinada realidade ou circunstância, dificilmente somos capazes de perceber que ele foi construído por uma vista do ponto²⁷. Usar apenas a vista do ponto, nesse caso, tende a fixar o cuidado no registro das especialidades médicas, reduzindo o problema da AB à questão do acesso aos serviços especializados. Essa vista do ponto, ao exercer influência sobre a produção do cuidado, gera demanda crescente de usuários “empilhados” nas filas dos sistemas formais de regulação, condenados à espera. Indivíduos frustrados em suas expectativas ou esperançosos em algum dia serem atendidos pelo médico especialista.

Há nesse ponto um incômodo estranhamento. Sobre um cenário naturalizado, organiza-se o cuidado e o trabalho na AB sem qualquer aposta na sua qualificação e na resolutividade do cuidado. Na região estudada, uma AB eficiente dependente da atenção especializada. Nossos entrevistados não apresentaram nenhuma reflexão sobre a necessidade de colocar em ato mecanismos que subvertam a centralidade do olhar especializado na produção do cuidado.

O reconhecimento do papel e da importância da rede básica no cuidado nas condições de urgência e emergência é limitado, e os exemplos de cuidado, pouco expressivos. A AB era organizada para não responder às condições de urgência e emergência. As UBS são pontos da rede de atenção que encaminham o usuário em condição aguda para outro equipamento no território, em regra para o hospital. O sistema de regulação governamental é frágil. É produzido um fluxo assistencial bastante comum de referência formal e de incentivo ao acesso espontâneo dos usuários aos hospitais, com demandas indiferenciadas e heterogêneas.

Nas entrevistas, nossos interlocutores chamaram a atenção para a necessidade de qualificar os processos de gestão nos municípios, denunciando a fragilidade ou mesmo a ausência desses mecanismos. Entendem como essencial a ação do gestor sobre o processo de conformação da rede de atenção no território, visualizando essa atitude como essencial para articular e promover a integração da AB aos demais pontos de atenção no território.

A condução do gestor e, por consequência, o trabalho da gestão na articulação e integração da rede de atenção são reconhecidamente aspectos importantes na construção das tecnologias necessárias à produção de uma rede viva de cuidados¹⁰. A ausência do gestor e/ou de mecanismo de gestão impacta na organização da rede de atenção, desorganizando os fluxos de acesso, a continuidade e a integralidade do cuidado¹¹. Para nossos entrevistados, a gestão pública é recurso tecnológico indutor das redes de atenção, sendo percebida como mecanismo de intersecção fundamental para estabelecer a comunicação entre os diferentes níveis de atenção.

Assim, quando gestores não intervêm no sentido de auxiliar a organização da rede, maiores são as dificuldades para pensar o cuidado em urgências e emergências na AB. Fica evidente que a ação do gestor, bem como a composição de mecanismos de gestão e governança, é importante na articulação do cuidado em urgências e emergências, concatenando diferentes pontos de atenção de forma integrada e articulada.

Sem a produção do cuidado em rede, o sistema de saúde fica vulnerável à captura por interesses que não estão alinhados àquilo que fundamenta o SUS. O mesmo pode ser afirmado com relação aos gestores regionais, que necessitam ampliar sua presença e rediscutir seu papel e suas práticas²⁸. A problematização da RUE na intersecção com a AB afirma a importância da gestão pública para a composição da rede de atenção.

A gestão é uma dimensão problemática comum que dialoga com a produção de uma experiência de “vínculo” entre os profissionais e os usuários, e tanto pode se expressar como condição de possibilidade para a garantia do acesso ao cuidado na rede pública ou fortalecer a rede privada. Nas entrevistas, é possível perceber que o cuidado na AB é produzido por meio de um viés especializado sobre o crivo do modelo hospitalar. O movimento de redução e desinvestimento no papel da AB é um marcador importante que corrobora sua impossibilidade para responder às necessidades de urgência e emergência na região de saúde estudada.

Embora distante, percebemos a importância dada à gestão pelos entrevistados, entendendo-a como dispositivo tecnológico de integração e articulação da rede de atenção. Em contextos nos quais a gestão do SUS se mostra fragilizada ou ausente, a intersecção entre a AB e a urgência e a emergência se expressa com maior dificuldade. Esse aspecto ficará mais evidente a partir de agora, ao abordarmos o segundo plano, singular porque não comum a todos os municípios da região de saúde estudada.

Desvalorização e/ou desinvestimento na AB

O primeiro movimento singular constitui o segundo apontamento que caracteriza a intersecção RUE-AB na região de saúde estudada. Analisando as estratégias adotadas para organizar o processo de cuidado nos equipamentos da AB, chama a atenção a ausência de uma articulação capaz de promover a implementação qualificada da política e da rede básica no território. Exemplos que ilustram essa fragilidade são a forma de organização do acolhimento, a centralidade da decisão na figura e no saber do médico e as precárias condições técnicas para o manejo das situações de urgência e emergência nas UBS.

Considerando especificamente a prática do acolhimento, percebe-se que ela é um recurso utilizado para “triar” usuários que chegam no serviço. Essa tecnologia de cuidado não se constitui como diretriz operacional capaz de garantir porta aberta e atendimento a todos os usuários que buscam a unidade de saúde, assim como mecanismo para reorganizar processos de trabalho e para qualificar a relação “serviços-trabalhadores-usuários”²⁹. Esse dispositivo não é capaz de produzir ruído na forma de organização do cuidado; apenas repete a lógica de modelos tradicionais de recepção de usuários nas Unidades de Saúde, centrado na especialidade e no trabalho do médico.

Nesse cenário que reforça um modelo de AB de baixa potência, não há uma aposta de que possa ser um potente componente da RUE. Há no território um projeto de AB que não faz diferença e não é capaz de contribuir para a produção do cuidado em urgências e emergências.

Ausente, ignorada e desinvestida, a AB não encontra condições que lhe permitam caminhar em direção ao ordenamento e à coordenação da rede de atenção no território para garantir a continuidade do cuidado. A problematização da AB na intersecção com a RUE mostra que não existe na região um plano sobre o qual possa ser assentado um modelo de atenção organizado em rede. O papel e o lugar atribuídos à AB fazem dela um conjunto precário e mal articulado de recursos auxiliares, pouco resolutivos e de importância questionável. Assim, compõe-se na região um sistema organizado para não responder ou para responder de forma precária às necessidades de urgência/emergência dos usuários. É no encontro com esse arranjo que o usuário desassistido e o trabalhador frustrado moldam sua percepção sobre a AB e sobre o sistema de saúde local/regional e se comportam na rede de atenção.

No segundo plano de análise, problemas oriundos da relação hierarquizada e centralizada do cuidado na figura do médico são evidentes. No manejo das condições de urgência/emergência nas UBS, quando há necessidade de acionar o serviço móvel de urgência (Samu), por exemplo, surgem dificuldades na relação entre os trabalhadores da saúde que não são médicos e os médicos reguladores. Essas dificuldades dizem respeito, em especial, ao não reconhecimento do saber de outros profissionais por parte dos médicos reguladores do Samu, que exigem conversar apenas com médicos. Não é estranho ao cotidiano do trabalho na AB encontrar cenas de desqualificação do saber de profissionais não médicos. Muitas vezes, mesmo com intervenção do gerente da unidade de saúde ou do gestor municipal, não é possível encaminhar usuários que foram acolhidos pelas equipes da AB para alguma unidade de emergência no território. Esse problema se torna ainda mais crítico porque muitas UBS não contam com equipes completas ou ainda porque médicos podem não estar presentes durante todo o tempo no serviço.

Sendo a relação entre a equipe de saúde e o médico regulador do Samu fundamental para garantir o adequado manejo dos usuários em situação de urgência/emergência na UBS até a chegada da ambulância, torna-se importante qualificar essa relação. Ampliar a integração entre esses diferentes pontos de atenção e apostar no cuidado compartilhado interprofissional são uma possibilidade para aumentar a capacidade de resposta da AB às demandas de urgência/emergência.

AB administrada e agenciamento privado

O terceiro apontamento emergiu do encontro com um dos municípios estudados, onde foi possível perceber o segundo movimento singular de forças que disputam a micropolítica que caracteriza o sistema local de saúde. Nesse cenário, a AB é um arranjo de serviços suficientemente desconcentrados no território. Tem-se aqui uma cobertura ampla da AB, caracterizando uma conformação que opera de forma seletiva sobre um arranjo administrado, na qual o acesso do usuário à rede básica é regulado de forma centralizada pelo gestor municipal.

Prestando atenção às narrativas dos trabalhadores da AB, em especial às inquietações que emergiram quando convidados a conversar sobre as dificuldades para compor linhas de cuidado, encontramos pistas para entender essa singular micropolítica. Aqui, a AB produz uma prática estranha aos princípios que regem o SUS: arranjo instituído sob alegada justificativa de responder à dificuldade de acesso dos usuários às consultas e procedimentos especializados, mas que aponta outros interesses.

Supostamente para resolver o problema de acesso, efeito da organização da AB com foco na atenção especializada, o governo local passou a regular o acesso dos usuários do SUS para os serviços privados existentes no território, compondo um sistema de saúde que opera no *mix* público-privado. Os próprios trabalhadores da rede básica são os mediadores dessa relação, agindo a fim de direcionar os usuários para serviços privados. Trata-se do fornecimento de um “*voucher* de desconto” aos usuários do SUS que garante o atendimento nos serviços hospitalares privados, mediante pagamento de parte do custo total do procedimento médico cobrado pelas clínicas privadas. Aqui, o sistema público funciona como agenciador dos interesses privados lucrativos.

Na região de saúde estudada, dadas as suas características sociais e econômicas, é comum parte dos usuários dispor de recursos próprios para acelerar o acesso a consultas e exames nas especialidades. O movimento do usuário em direção à rede privada de saúde é reforçado pelas longas filas de espera para a atenção especializada no SUS. Para conseguir acesso a traumatologia, por exemplo, é possível que o usuário do SUS necessite aguardar cinco anos na fila da regulação, em média.

Ora, como é possível esperar tanto tempo diante de uma urgência traumatológica para receber diagnóstico e tratamento adequados? Podemos aqui refletir sobre a intencionalidade da produção de uma rede básica que colabora para expandir um sistema público de saúde como agenciador do acesso dos usuários do SUS à rede privada: não como produtora de uma articulação público-privada regulada por um sistema universal, mas a serviço dos interesses econômicos do setor privado. Uma prática operada há anos, de caráter informal, mas instituída no território locorregional.

Na região estudada, ficou clara a existência de uma relação de cumplicidade entre gestor público e prestadores privados. O primeiro é o agenciador, que capta, tria usuários e os direciona para os serviços privados definidos *a priori*; os segundos, por sua vez, disponibilizam serviços a custo reduzido aos usuários que foram triados pelos trabalhadores da AB e que são encaminhados para os “parceiros” da rede privada. Nesse contexto, o valor de uso para os usuários que procuram a AB passa a ser adquirir “*voucher* de desconto”, com vista a obter o benefício para dispor de menor quantidade de recursos próprios para acessar o cuidado especializado nos serviços privados “parceiros” da rede pública municipal. Compõe-se, nesse cenário, uma engrenagem movida por relações de parcerias e descontos em serviços na região.

Uma prática aviltante, naturalizada no sistema locorregional de saúde, sendo ativada sem maior reflexão ou críticas por gestores públicos e trabalhadores da AB. Aqui há evidências do interesse de que as UBS funcionem como produtoras de demandas e necessidades de consultas e/ou procedimentos especializados, agindo para produzir a transição ou o deslocamento do usuário do setor público para o privado. Para que essa lógica opere adequadamente, é necessária a existência de um certo tipo de relação entre equipes da AB e a comunidade, construído com base na proximidade, na confiança e na manutenção dos “vínculos”.

É importante colocar em análise essa relação de descontos e parcerias sob diferentes perspectivas a fim de discutir como ela opera, caracterizando seus mecanismos de ação e micropolítica. Para além da apropriação do direito público pelo interesse privado, a responsabilidade por esse ato é transferida ao usuário. Uma convocação que se desdobra em uma escolha que é do campo da “ética”: cuidar de si, aderindo ao desconto oferecido, ou recusar ou se abster de si, aceitando que seu corpo seja empilhado na fila de espera por atendimento especializado da regulação oficial. Decisões que falam da maneira como o sujeito se relaciona consigo mesmo e, por essa razão, do campo da ética do cuidado de si³⁰. Uma perversa transferência, para o cidadão, da responsabilidade sobre o cuidado e um ataque à garantia constitucional do seu direito à Saúde Pública.

Essa política de descontos e parcerias adquire consistência com base em: 1) uma relação próxima entre a AB e os usuários, e a existência de alguma relação de confiança dos trabalhadores entre si; 2) um robusto sistema de gerenciamento do acesso controlado, no qual cada Unidade de Saúde tem autonomia para administrar os descontos; e 3) uma sensação geral de resolutividade do sistema na produção do cuidado percebida pelos gestores, trabalhadores e usuários, responsável por compor uma espécie de consenso geral que valora e valida essa artimanha contrária aos princípios do SUS. Resultado: o fortalecimento de uma visão liberal do acesso a direitos, em que o indivíduo deve buscar essa garantia, assegurada conforme sua capacidade de pagamento.

Uma política de apropriação do público pelo interesse privado, escancarada e silenciosa. Ao mesmo tempo que o *voucher* é oferecido como “convênio” entre a gestão municipal e os serviços privados parceiros, não parece haver registros formais (legais) dessas parcerias. Não localizamos por meio de pesquisa nos meios oficiais, tais como *site* do município e portal de transparência, documentos que formalizassem tais convênios. Desse modo, o único ator que aplica recursos financeiros para custear o cuidado ofertado pela rede de serviços privada é o próprio usuário.

Ao término da nossa análise, refletindo sobre a indicação dos cenários de pesquisa pelos gestores regionais, fica a indagação se, quando da escolha dos municípios para comporem este estudo, aqueles intencionalmente já tinham o objetivo de fazer aparecer essas micropolíticas que configuram agenciamentos privados na intersecção entre a AB e a RUE. Ao mesmo tempo que os gestores regionais podem ter encontrado na pesquisa a possibilidade de dar visibilidade a essas questões, percebe-se a necessidade de maior envolvimento deles atuando com maior consistência na coordenação e na organização da política de saúde no cenário estudado.

Reflexões finais

Este estudo buscou analisar a micropolítica do cuidado na região de saúde estudada pela problematização da intersecção entre AB e RUE. Procuramos evidenciar o que se produz no “entre”. Como estratégia, escolhemos a AB como foco privilegiado, cuidando para não analisar o problema exclusivamente em uma única direção.

O não protagonismo e/ou liderança na coordenação e na ordenação do cuidado da AB na região estudada parece ser parte de uma estratégia intencional mais ampla de aglutinar a centralidade do cuidado no hospital e no saber médico especializado. Assim, a forma pela qual se produz essa intersecção afirma, quase que exclusivamente, um arranjo de rede de atenção mal articulado, no qual a AB aparece fragilizada. O olhar para a produção micropolítica da rede permitiu a emergência de alguns achados singulares que, em geral, não são previstos pelos formuladores de políticas, definidores da conformação da rede de cuidados.

Destaca-se um movimento intencional e produtivo a agir na conformação do sistema de saúde locorregional. Singularidade que ganha consistência na insuficiência e na fragmentação da rede; produção ativa da RUE com princípios e arranjos filiados ao modelo médico hegemônico e aos interesses privados que, ao mesmo tempo, estão concatenados a um modelo de AB que lhes corresponde e movimenta. Entre corpos empilhados nas filas da regulação oficial e a política de “descontos e parcerias”, pudemos perceber as intersecções entre AB e rede de urgência e emergência na região de saúde estudada.

Mais do que falar de uma região específica, cabe aqui problematizar o discurso recorrente que afirma a fragilidade da AB como insuficiência na implantação de uma política. Ressaltamos que, no lugar dessa “insuficiência”, temos uma micropolítica que disputa o modelo de cuidado e orienta a conformação das redes. Para um determinado modelo, a AB, muitas vezes rotulada de “fragilizada” e “insuficiente”, é, ao contrário, frágil e de insuficiência necessária, resultando na produção de uma competente gestão a serviço do modelo privatista. Pensamos que a construção das políticas de cuidado deve privilegiar a disputa do modelo, dos princípios, dos arranjos de cuidado no território. Com a análise da intersecção entre AB e RUE, percebemos que uma política ou norma pode gerar diferentes formas de cuidar que, para além da capacidade de gestão, explicitam um projeto de mundo e de sistema de saúde.

Por fim, no nosso estudo, não encontramos evidências suficientes para afirmar que a mudança do cenário político brasileiro dos últimos anos tenha impactado na forma pela qual se produz a intersecção entre a RUE e a AB. Ao que tudo indica, a micropolítica que se produz no território é marca de um processo histórico, no qual predominam interesses pessoais e privados em detrimento da dimensão pública. Essa micropolítica “mastiga” público e “digere” privado, operando como uma engrenagem a adensar sobre a sua superfície mesmo aquelas propostas de políticas de saúde mais progressistas e democráticas, sintonizadas com os princípios e as diretrizes do SUS.



Autores


Lumena Almeida Castro Furtado^(f)

<lumenafurtado@gmail.com> 

Rosemarie Andreazza^(g)

<andreazza@unifesp.br> 

Arthur Chioro^(h)

<arthur.chioro@unifesp.br> 

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

A pesquisa contou com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Chamada Universal MCTIC/CNPq n. 28/2018, Termo de Outorga n. 428431/2018-6 e da Atitus Educação de Passo Fundo-RS (custeio de bolsa de pesquisa e bolsa de mestrado acadêmico para os pesquisadores do Rio Grande do Sul).

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor:

Antonio Pithon Cyrino

Editor associado:

Leandro David Wenceslau

Submetido em:

05/07/23

Aprovado em:

24/10/23



Referências

1. Cecílio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(8):e00056917.
2. Melo GA, Fontanella BJB, Dermazo MMP. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. *Revista APS*. 2009; 12(2):204-13.
3. Chioro A, Andreazza R, Furtado LAC, Araujo E, Nasser MA, Pereira AL, et al. Rede de Atenção às Urgências e a produção viva de mapas de cuidados: relatório técnico-científico final. São Paulo: Unifesp; 2022. (Termo de outorga; n. 428431/2018-6). doi: 10.34024/1160063754.
4. Jorge AO, Coutinho AAP, Cavalcante APS, Fagundes AMS, Pequeno CC, Carmo M, et al. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. *Divulg Saude Debate*. 2014; (52):125-45.
5. Tofani LFN. Rede de Atenção às Urgências e Emergências: influências, discursos, textos e práticas na produção do cuidado [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2020.
6. Barreto MS, Arruda GO, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Cuidado centrado na família em unidades emergenciais: percepção de enfermeiros e médicos brasileiros. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2017; 21(2):e20170042.
7. Padilha ARS, Amaral MA, Oliveira DC, Campos GWS. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em região metropolitana. *Saude Debate*. 2018; 42(118):579-93.
8. O'Dwyer G, Matta IEA, Pepe VLE. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. *Cienc Saude Colet*. 2018; 13(5):1637-48.
9. Tofani LFN, Furtado LAC, Andreazza R, Rebequi A, Guimarães CF, Harada J, et al. Gestão regional e a produção singular da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. *Cienc Saude Colet*. 2022; 27(3):1015-25.
10. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22:1141-54.
11. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2021; 26(10):4769-82.
12. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saude Debate*. 2018; 42(1 Spec No):244-60.
13. Rio Grande do Sul. Secretária de Estado da Saúde. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação. Plano Estadual de Saúde 2020-2023 [Internet]. Porto Alegre: Secretária de Estado da Saúde; 2021 [citado 5 Dez 2021]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202103/31105430-plano-estadual-de-saude-2020-2023.pdf>
14. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34; 2000. v. 1.
15. Foucault M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal; 2006.
16. Cecílio LCO. *A micropolítica do hospital: um itinerário ético-político de intervenções e estudo [tese]*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2007.



17. Feuerwerker LCM. *Micropolítica e Saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
18. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB, et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg Saude Debate*. 2014; (52):153-64.
19. Bertaux D. *Narrativas de vida, a pesquisa e seus métodos*. São Paulo: Paulus; 2010.
20. Arfuch L. *O espaço biográfico: dilemas da subjetividade contemporânea*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2010.
21. Rossi A, Passos E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Rev Epos*. 2014; 5(1):156-81.
22. Cecilio LCO, Carapineiro G, Andreazza R, Souza ALM, Andrade MGG, Santiago SM, et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(7):1502-14.
23. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis*. 2017; 27(4):1003-22.
24. Brunello MEF, Ponce MAS, Assis EG, Andrade RLP, Scatena LM, Palha PF, et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). *Acta Paulista Enferm*. 2010; 23(1):131-5.
25. Bernardes AG, Pelliccioli EC, Marques CF. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(8):2339-46.
26. Cecilio LCO, Andreazza R, Carapineiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(11):2893-902.
27. Merhy EE. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família, que pedem medidas [Internet]. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2014 [citado 12 Abr 2022]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf
28. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(4):1045-54.
29. Franco TB, Bueno SB, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 1999; 15(2):345-53.
30. Foucault M. *História da sexualidade: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal; 2009. v. 3.



This manuscript problematizes the intersection of primary care and the urgent and emergency care network in a health region in Rio Grande do Sul, Brazil. Taking a micropolitical approach, we conducted a qualitative study in three municipalities with the participation of regional and municipal health managers, patients, local managers and workers from the health care network. We sought to map the forces that dispute health care delivery and the care network. Network insufficiency and fragmentation, the involvement of public managers and workers, who underuse their capacity to intervene in care delivery and influence current arrangements, and the action of mechanisms that articulate private interests linking urgent care to specialist knowledge and hospitals are forces that move towards intentional and productive non-intersection in the health region.

Keywords: Emergencies. Primary Health Care. Health Care. Health Management. Health Planning.

Este manuscrito problematiza la intersección entre Atención Básica y la Red de Urgencias y Emergencias en una región de salud en Rio Grande do Sul, Brasil. Se realizó una investigación cualitativa, con abordaje micropolítico, en tres municipios con la participación de gestores regionales y municipales, usuarios, gerentes y trabajadores de la red de salud. Se buscó mapear las fuerzas que disputan la producción del cuidado y la red de atención. La insuficiencia y la fragmentación de la red; el involucramiento de los gestores públicos y trabajadores que poco utilizan su capacidad para intervenir en la producción del cuidado e interferir en el arreglo actual; y la acción de mecanismos que articulan intereses privados vinculando el cuidado a las urgencias al saber especializado y al hospital son fuerzas que se mueven hacia la no intersección intencional y productiva en el territorio.

Palabras clave: Emergencias. Atención primaria de la salud. Atención a la salud. Gestión en salud. Planificación en salud.