



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**DAIANE CORDEIRO DOS SANTOS**

**TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE USUÁRIOS(AS) DA REDE INTERESTADUAL  
PERNAMBUCO/BAHIA NA LINHA DE CUIDADO EM ONCOLOGIA:  
IMPLICAÇÕES DO “AGIR LEIGO” NA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL**

Recife

2022

DAIANE CORDEIRO DOS SANTOS

**TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE USUÁRIOS(AS) DA REDE INTERESTADUAL  
PERNAMBUCO/BAHIA NA LINHA DE CUIDADO EM ONCOLOGIA:  
IMPLICAÇÕES DO “AGIR LEIGO” NA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

**Área de concentração:** Saúde Coletiva

**Linha de pesquisa:** Política, Planejamento e Gestão.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

**Coorientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Keila Silene de Brito e Silva

Recife

2022

Catálogo na fonte:  
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

S237t	<p>Santos, Daiane Cordeiro dos Trajetórias assistenciais de usuários(as) da rede interestadual Pernambuco/Bahia na linha de cuidado em oncologia: implicações do “agir leigo” na regulação assistencial / Daiane Cordeiro dos Santos . – 2022. 96 f.; il.</p> <p>Orientadora: Adriana Falangola Benjamin Bezerra. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2022. Inclui referências, apêndices e anexos.</p> <p>1. Sistema único de saúde. 2. Regionalização da saúde. 3. Acesso aos serviços de saúde. I. Bezerra, Adriana Falangola Benjamin (orientadora). II. Título.</p> <p>614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2022 - 095)</p>
-------	--

DAIANE CORDEIRO DOS SANTOS

**TRAJETÓRIAS ASSISTENCIAIS DE USUÁRIOS(AS) DA REDE INTERESTADUAL  
PERNAMBUCO/BAHIA NA LINHA DE CUIDADO EM ONCOLOGIA:  
IMPLICAÇÕES DO “AGIR LEIGO” NA REGULAÇÃO ASSISTENCIAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

**Área de concentração:** Saúde Coletiva

**Linha de pesquisa:** Política, Planejamento e Gestão.

Aprovada em 21/02/2022

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr.<sup>a</sup>. **Adriana Falangola Benjamin Bezerra** (Orientadora)

Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>ª</sup> Dr.<sup>a</sup>. **Marília Cristina Prado Louvison** (1º examinador externo)

Universidade de São Paulo

---

Prof. Dr. **Petrônio José de Lima Marteli** (1ª examinador interno)

Universidade Federal de Pernambuco

## AGRADECIMENTOS

Concluir o mestrado é realizar alguns sonhos construídos em diferentes momentos da minha vida. Dentre eles evidencio: o sonho nutrido na adolescência, de ser aluna da UFPE; e o sonho profissional e acadêmico de ser mestre em Saúde Coletiva, a partir do qual reafirmo meu desejo pela luta e defesa do Sistema Único de Saúde.

Muitos foram os desafios para o fechamento deste ciclo. A superação de cada um deles possuiu a colaboração de pessoas incríveis, às quais tenho o imenso prazer de agradecer.

A Pedro, pelo companheirismo e amorosidade cotidiana.

À minha família, por todo suporte e amor atribuídos a mim durante toda vida.

À minha equipe de trabalho, pela compreensão e incentivo constante.

À minha turma de mestrado, pelos afetos e conhecimentos compartilhados durante este período.

Ao Grupo de Pesquisa em Economia Política da Saúde, por toda parceria durante desenvolvimento da pesquisa.

Ao PPGSC pelo aprendizado, amadurecimento e por oportunizar, em tantas dimensões, essa experiência.

Às queridas professoras Adriana Falangola e Keila Brito, pela compreensão e dedicação durante este trajeto, orientado com maestria e leveza.

À Marília Louivison, Petrônio Marteli, Rogério Gonçalves e Albanita Ceballos, por aceitarem o convite de compor a banca de defesa e pelos apontamentos que seguramente qualificarão esta dissertação.

À Andorinha, Arribaça, Arutau, Batuíra, Garça, Maçarico, Sabiá e Suiriri, especialistas em migrações e construção de cuidado, por compartilharem suas trajetórias e indicarem caminhos possíveis para a qualificação do Sistema Único de Saúde.

## RESUMO

A garantia do acesso e integralidade da atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente, no contexto da regionalização, exigem arranjos e pactuações capazes de abarcarem as questões que extrapolam as capacidades específicas dos entes federados. Frente ao exposto, a Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede PE/BA) se caracteriza como alternativa organizativa, para qual a regulação em saúde se configura essencial. Entretanto, diante das dificuldades que a estrutura institucionalizada da regulação apresenta em responder algumas das necessidades em saúde da população, o “agir leigo” surge como recurso para a garantia do acesso assistencial. Analisar a trajetória assistencial de usuários(as) da linha de cuidado em oncologia e sua relação com a regulação assistencial na Rede PE/BA. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na modalidade estudo de casos múltiplos. Contou com a participação de 08 usuários(as) do SUS, residentes de municípios da Rede PE/BA, que finalizaram ou estavam em tratamento oncológico em hospitais da rede. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados entrevistas e diário de campo, analisados mediante Análise de Conteúdo Temática. Dentre os principais resultados, pode-se observar: a presença do “agir leigo” na fabricação das trajetórias assistenciais; a dificuldade no acesso às consultas especializadas e aos exames de apoio diagnóstico; a composição público-privada das trajetórias; a função protetora e resolutive da rede social de apoio; a distância geográfica como limitante para o cuidado; a existência de fragilidades na linha de cuidado em oncologia na Rede PE/BA; e a identificação do tratamento oncológico ofertado na Rede PE/BA como potencialidade. Os relatos destacam a necessária estruturação da linha de cuidado em oncologia da Rede PE/BA e evidenciam a importância do fortalecimento da regionalização em saúde para garantia do cuidado integral, em tempo oportuno e o mais próximo possível do(a) usuário(a).

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; regionalização da saúde; acesso a serviços de saúde.

## ABSTRACT

The guarantee of access to comprehensive health care, and the scope of the Sistema Único de Saúde, especially, in the context of regionalization and agreements, the ability to encompass issues that go beyond the specifics of federates. In view of the above, the Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco (Rede PE/BA) is characterized as an alternative organizational instrument, for which the essential regulation in health is configured. However, in view of the difficulties that the structuring of regulation presents some needs in response to the health of the population, “laying action” emerges as a resource to guarantee access to care. Objective: To analyze the care trajectory of users of the oncology care line and its relationship with care regulation in the Rede PE/BA. This is a qualitative research, in the multiple study modality. It had the participation of 08 (eight) SUS’s users, residents of Rede PE/BA components, who finished or were undergoing cancer treatment in hospital units of the network. As data collection instruments, interviews and field diary were used, as well as thematic content analysis. Among the main results, it can be observed in the Rede PE/BA: the presence of lay action in the fabrication of care trajectories; difficulties in accessing specialized consultations and diagnostic support exams; the public-private composition of the trajectories; the protective and resolving role of the social support network; the geographic distance as a limiting factor for care; the existence of weaknesses in the oncology care line in the Rede PE/BA; and, an identification of the oncological treatment offered by the hospital establishments of the Rede PE/BA as a potential. The reports evidence the need to structure the line of care in biology of the Rede PE/BA and highlight the importance of strengthening regionalization in integral health, in the user's time for care as close as possible to guarantee.

Keywords: Unified Health System; regional health planning; health services accessibility.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Trajectoria Assistencial de Andorinha.....	47
------------	--	----

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BA	Bahia
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissões Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
COVID-19	Coronavírus Disease
CRIE	Colegiado Regional Interestadual
CRIL	Central Interestadual de Regulação de Leitos
HM	Hospital Municipal
HR	Hospital Regional
HRJ	Hospital Regional de Juazeiro
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais Básicas
NOBS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
PE	Pernambuco
PRI	Planejamento Regional Integrado
PNR	Política Nacional de Regulação
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Rede PE/BA	Rede Interestadual de atenção à saúde do Vale do Médio São Francisco
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SADT	Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
2.1	DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL .....	14
2.2	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: O CASO DA REDE PE/BA .....	20
2.3	A REGULAÇÃO NA SAÚDE .....	25
2.4	O “AGIR LEIGO” NA PRODUÇÃO DE MAPAS DE CUIDADO.....	30
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>37</b>
3.1	OBJETIVO GERAL .....	37
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>38</b>
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	38
4.2	LOCAL DA PESQUISA .....	39
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	40
4.3.1	Critérios de inclusão e exclusão.....	41
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	41
4.5	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	42
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	42
4.7	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS .....	43
<b>5</b>	<b>RESULTADO E DISCUSSÃO.....</b>	<b>45</b>
5.1	ARTIGO - TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE USUÁRIOS(AS) DA REDE INTERESTADUAL PERNAMBUCO/BAHIA NA LINHA DE CUIDADO EM ONCOLOGIA: CONSIDERAÇÕES SOBRE O “AGIR LEIGO” E A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL.....	45
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>68</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>70</b>
	<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>77</b>
	<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..</b>	<b>79</b>
	<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>82</b>
	<b>ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO.....</b>	<b>87</b>

<b>ANEXO C – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO D - NORMATIZAÇÃO PARA SUBMISSÃO AO PERIÓDICO PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA.....</b>	<b>89</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído por meio da Constituição Federal de 1988 (CF/1988), onde a saúde passou a ser definida como direito de todos(as) e dever do Estado. Produto de luta popular, protagonizada pelo movimento da Reforma Sanitária, o SUS passa a oferecer aos cidadãos e cidadãs brasileiros(as) o acesso universal, integral e gratuito às ações e aos serviços de saúde.

O processo de organização do SUS, pode ser dividido em dois momentos. No primeiro, a descentralização marcada fortemente pela municipalização, obteve destaque. O segundo é caracterizado pelo processo de construção da regionalização e das redes de atenção à saúde (VIANA *et al.*, 2018).

O compromisso com a descentralização e a regionalização da saúde foi assumido ainda na CF/1988. Ressalta-se que a descentralização abarca questões relacionadas às estruturas socioeconômicas e políticas e às definições acerca do papel e ações do Estado (NASCIMENTO, 2007; VIANA; LIMA, 2011).

O processo de regionalização foi fortalecido a partir do início dos anos 2000 por uma gama de normativas. Tais normativas foram instituídas com a finalidade de organizar a atuação do Estado no setor da saúde e estabelecer uma rede hierarquizada, com diferentes níveis de complexidade (RIBEIRO, 2015). Entre as principais, destaca-se: Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) nº 01/2001 e nº 01/2002; Pacto pela Saúde (Portaria nº 399/2006), o Decreto nº 7508/2011 e mais recentemente, as resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 23/2017 e nº 37/2018.

As regiões de saúde constituem uma das estratégias utilizadas para o fortalecimento da regionalização. Configuram-se como base territorial para o planejamento de uma rede de atenção integral à saúde, incorporação tecnológica, qualificação e alocação de recursos humanos, e também, como espaços geográficos relacionados com a condução político-administrativa do SUS no território (VIANA; LIMA, 2011).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), por sua vez, foi elencada como elemento organizativo das regiões de saúde. Estratégia esta que colabora para o aprimoramento da gestão e para o aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional do SUS (BRASIL, 2010).

Alguns desafios são apontados para a garantia do acesso e da integralidade da atenção à saúde no processo de regionalização e, por conseguinte, nas regiões de saúde. Entre os

principais, evidencia-se: a organização jurídico-administrativa, as responsabilidades sanitárias e o custeio dos serviços ofertados à população (PEREIRA, 2017).

Torna-se importante apontar que a complexidade dos problemas de saúde vivenciados nos territórios, demanda ações governamentais que muitas vezes extrapolam as capacidades específicas de um ente federado (LEAL *et al.*, 2019). No contexto das regiões de saúde, sabe-se que as delimitações geográficas não têm impedido o trânsito de usuários(as) em busca de resolução de suas necessidades em saúde. Fator que gera impacto no planejamento, execução e financiamento das ações e serviços no SUS (VIANA; LIMA, 2011).

Esta realidade exige a criação de novos arranjos e pactuações que sejam capazes de abarcar as questões que extrapolam as capacidades estabelecidas e os limites geográficos definidos. A partir desta necessidade, algumas experiências de cooperação intergovernamental têm sido desenvolvidas (LEAL *et al.*, 2019).

Redes intermunicipais e interestaduais surgem no âmbito do SUS como alternativas diante dos cenários vivenciados nos territórios sanitários e apontam caminhos possíveis para a regionalização. “As redes criam e recriam arranjos técnicos e institucionais, combinando diferentes escalas de ação e poder econômico e político que escapam aos limites regionais, tornando mais complexas as interações regionais” (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015, p. 30).

É importante salientar que alguns instrumentos são fundamentais para o fortalecimento da regionalização e integração das ações e serviços de saúde. Para o aprimoramento dos processos de trabalho, dos mecanismos e estratégias de gestão nas regiões de saúde e nos diversos arranjos organizativos, um instrumento essencial é a regulação em saúde, que deve ser compreendida como a capacidade de alterar ou orientar a execução do processo de prestação de serviços (SANTOS; MERHY, 2006).

Embora possa ser identificada na saúde pública em períodos anteriores à criação do SUS, a regulação obteve na Política Nacional de Regulação (PNR), instituída pela Portaria GM nº 1558/2008, a reafirmação e delimitação do seu papel como instrumento para alcance das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo (FIGUEIREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ, 2019).

O processo regulatório deve redimensionar a oferta e qualificar a utilização dos recursos assistenciais e financeiros sob orientação de pactuações de instâncias gestoras e critérios científicos (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Para avançar na ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde e na construção da integralidade da assistência, faz-se necessário o estabelecimento de arranjos que articulem

a regulação de ações e serviços de saúde com a real produção de redes de cuidado, o que implica a existência de dispositivos que articulem e coordenem uma rede em constante movimento e transformação (BADUY *et al.*, 2011). Este desafio se impõe à organização da RAS.

Diante da dificuldade que a estrutura institucionalizada da regulação apresenta em responder algumas das necessidades em saúde dos atores sociais, recursos alternativos merecem especial atenção. Dentre eles, destaca-se o “agir leigo”: conjunto de estratégias, desenvolvidas pelos usuários e usuárias do SUS, que permitem o acesso assistencial (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

O “agir leigo” é construído a partir de um conhecimento prático, de um saber compartilhado por outros atores ou desenvolvido pelas experiências e observações sobre como conseguir, por meio dos recursos pessoais, o acesso ao cuidado que julgam necessário para as suas questões de saúde (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014). Para isso, utiliza-se o aparato médico-hospitalar-ambulatorial, público ou privado, com criatividade e organização (MENESES *et al.*, 2017).

Considerando os aspectos relacionados a regulação governamental, a regulação leiga e a complexidade destes processos, torna-se fundamental o desenvolvimento de estratégias que permitam identificar os caminhos alternativos a uma regulação burocrática e distanciada da possibilidade de atender as reais necessidades em saúde da população.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Os ciclos políticos de organização do SUS podem ser divididos em dois períodos. No primeiro deles, a descentralização obteve destaque com protagonismo da esfera municipal (1988 a 2000). O segundo ciclo foi iniciado nos anos 2000, com o processo de construção da regionalização e das redes de atenção à saúde, e permanece até os dias atuais (VIANA *et al.*, 2018).

### 2.1 DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

As propostas para a descentralização e participação social no setor saúde começaram a ser formuladas no Brasil na década de 1950. Discussões sobre a municipalização dos serviços e implantação do planejamento ascendente no setor saúde estiveram presentes na III Conferência Nacional de Saúde, em 1963. Este movimento foi interrompido pelo golpe militar, sendo posteriormente retomado no período de redemocratização e fortalecido pela Reforma Sanitária. Contexto em que a descentralização esteve fortemente associada ao movimento municipalista e foi interpretada como uma estratégia de democratização e incorporação de novos atores (DUARTE *et al.*, 2015).

No período de redemocratização, a CF/1988 validou a luta protagonizada pelos atores da Reforma Sanitária ao determinar a saúde como direito de todos e dever do Estado. A CF/1988 afirma que as ações e serviços públicos de saúde são constituídos em um sistema único, organizado em uma rede regionalizada e hierarquizada, orientada pelas seguintes diretrizes: descentralização com comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade.

O SUS, instituído pela Lei 8.080/1990, incorpora as diretrizes previstas para a saúde na CF/1988. Dentre os princípios organizativos estabelecidos para o SUS estão a universalidade, integralidade e a equidade. Pode-se considerar que estes princípios “constituem um conceito tríplice, entrelaçado, quase um signo, com forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário da Reforma Sanitária brasileira” (CECÍLIO, 2009, p. 117). Conceito este que inclui a cidadania, a saúde como direito de todos(as) e a superação das injustiças sociais (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

Neste período, a nova proposta para o setor saúde no Brasil, refletida nos princípios doutrinários do SUS, encontra na diretriz da descentralização, a sustentação necessária para superar a fragmentação social, as desigualdades territoriais e as de comando, sendo esta

última fortemente marcada pela alta concentração de poder de decisão na esfera federal (DUARTE *et al.*, 2015).

Como instrumentos de fortalecimento da descentralização na década de 1990 ressaltam-se as Normas Operacionais Básicas (NOBS), publicadas em 1991, 1992, 1993 e 1996. As NOBS reconheceram a descentralização como pressuposto fundamental ao processo de construção do SUS e atribuíram ao Estado a função de mediador, responsável por garantir equidade no processo de integração, harmonização e modernização dos sistemas municipais de saúde (NASCIMENTO, 2007).

A descentralização compreende questões relacionadas às estruturas socioeconômica e política e às definições acerca do papel e ações do Estado. Embora esteja associada à transição democrática e descentralização do poder, alguns limites foram apresentados no exercício da autonomia da gestão local da saúde (NASCIMENTO, 2007; VIANA; LIMA, 2011).

Apesar dos avanços inquestionáveis, a descentralização foi marcada por relações não cooperativas e assimétricas. Não definiu explicitamente as funções dos estados na saúde, nem instituiu alternativas para repartição justa e transferência adequada de recursos financeiros (NASCIMENTO, 2007). Acrescenta-se ainda que as estratégias implantadas para a descentralização foram frágeis para realização da mediação dos conflitos federativos em um contexto de restrição fiscal e desigualdades socioeconômicas (VIANA; LIMA, 2011).

Como pontos negativos ao processo de descentralização evidenciam-se: a existência de desigualdades nas condições políticas, financeiras, administrativas, técnicas e as distintas necessidades municipais; a competitividade entre os entes federados que, em muitos casos, não favoreceu a autonomia dos municípios sob os equipamentos ou recursos financeiros; a fragilidade da participação social, que colaborou para que os conselhos municipais de saúde não se tornassem legítimos condutores da política de saúde local; os resquícios da medicina previdenciária, que continuaram influenciando a organização do sistema de saúde (DUARTE *et al.*, 2015).

Landim, Guimarães e Pereira (2019, p. 162) acrescentam que privilegiar a descentralização, como estratégia do desenho organizativo inicial do SUS, sem promover integração regional, “(...) pulverizou e fragmentou a oferta de serviços, gerando vazios assistenciais no território brasileiro, ao mesmo tempo que fragilizou a capacidade dos governos estaduais, no tocante aos seus papéis de coordenador e regulador da rede de saúde”.

Apesar das dificuldades apontadas, enfatizam-se os benefícios trazidos pela descentralização: ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, principalmente a atenção básica; melhoria nos indicadores nacionais de saúde; redução da mortalidade infantil e das internações consideradas desnecessárias; capacitação de um grande número de profissionais da esfera municipal para manejo dos instrumentos do sistema de saúde (DUARTE *et al.*, 2015), assim como a criação de instâncias de pactuação e o fortalecimento do controle social (REIS *et al.*, 2017).

O segundo ciclo político de organização do SUS contempla o processo de regionalização (VIANA *et al.*, 2018). Processo este apontado como elemento de consolidação da provisão estatal do cuidado à saúde desde os anos 1980 (RIBEIRO, 2015), porém, fortalecido apenas a partir dos anos 2000 (REIS *et al.*, 2017; VIANA *et al.*, 2018).

Em um primeiro momento, a regionalização foi apresentada como maneira de organização da atuação do Estado no setor saúde, objetivando o estabelecimento de uma rede hierarquizada, com distintos níveis de complexidade assistencial. Buscava-se a economia de escala para a oferta de serviços de saúde, a instauração de mecanismos de referência e contrarreferência entre os diferentes estabelecimentos e níveis de complexidade, e a criação de instâncias colegiadas de planejamento e gestão em saúde que possuíssem participação da sociedade (RIBEIRO, 2015).

Outra dimensão da discussão sobre regionalização evidenciava a necessidade de uma reforma setorial capaz de superar as desigualdades geradas pelas intervenções estatais realizadas no período do regime militar. Durante a Reforma Sanitária, a regionalização foi defendida como ferramenta essencial para consolidação do direito à saúde, incluindo o alcance da integralidade da atenção e a equidade no acesso às ações e aos serviços (RIBEIRO, 2015), além de ter sido apontada como estratégia capaz de superar a fragmentação da rede de atenção (PEREIRA, 2017).

Para Duarte *et al.* (2015), o processo de regionalização deve ser dividido em dois momentos. O primeiro abarca a regionalização de serviços e busca atingir os princípios do SUS de maneira eficiente e eficaz. O segundo trata da criação de regiões de saúde, para o qual é considerada a realidade epidemiológica da população em determinado espaço e tempo.

O compromisso com a regionalização da saúde passou a compor a agenda de gestão apenas no início dos anos 2000. Neste período, apontava-se a “inquestionável necessidade de avançar na regionalização, superando o estágio de fortalecimento dos sistemas municipais isolados e a constituição de um espaço regional mais potente” (REIS *et al.*, 2017, p. 1048).

As Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 e 01/2002 apresentaram a definição do processo de regionalização da assistência e criaram mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS (NASCIMENTO, 2007). Foram responsáveis por definir conceitos-chaves para a regionalização e buscaram fortalecer o papel de negociador/coordenador dos estados (REIS *et al.*, 2017).

As NOAS apontam interesse pela otimização de recursos e pela estruturação de regiões de saúde, discutidas enquanto elementos capazes de garantir o acesso dos cidadãos e cidadãs às ações e aos serviços que necessitarem para resolução de seus problemas de saúde. Porém, destaca-se que as NOAS não propuseram os mecanismos necessários à negociação e ao compromisso ante o fluxo de usuários(as) dos serviços de saúde que ultrapassam os territórios definidos pelos desenhos da regionalização (NASCIMENTO, 2007).

As dificuldades da região de saúde não se limitam à extensão territorial, mas à dialética entre as três esferas por consequência da concentração de poder na União. Essa questão central tentou ser resolvida a partir do Pacto pela Saúde (DUARTE *et al.*, 2015), que evidenciou a regionalização como estratégia essencial para consolidação do SUS.

O Pacto pela Saúde foi instituído por meio da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Formalizou o compromisso dos gestores federal, estaduais e municipais com uma regionalização solidária e cooperativa, capaz de colaborar para um cenário de melhor definição de responsabilidades sanitárias e de gestão dos entes federados nas regiões de saúde. Tais definições foram priorizadas a partir da situação de saúde de cada contexto (NASCIMENTO, 2007; RIBEIRO, 2015).

O Pacto pela Saúde possui três dimensões: o pacto pela vida, constituído por compromissos sanitários representados por objetivos de processo e resultados baseados na situação de saúde e nas prioridades definidas pelos entes federados; o pacto em defesa do SUS, que ressalta a mobilização social como ferramenta de defesa da saúde enquanto direito de cidadania inscrito na CF/1998; e o pacto de gestão, que define as responsabilidades de cada ente federado, reconhece as iniquidades regionais e a necessidade de avançar na regionalização e descentralização do SUS (BRASIL, 2006; NASCIMENTO, 2007).

Corroborando com os argumentos anteriormente apontados, pode-se afirmar que o Pacto pela Saúde “introduziu estratégias de integração e articulação, procurando superar a fragmentação das políticas e programas nacionais, tendo o espaço regional como o lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas” (REIS *et al.*, 2017, p. 1048).

Posteriormente ao Pacto pela Saúde, outra norma importante para a reafirmação da regionalização como estratégia de consolidação do SUS foi o Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. O Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, estabelece a organização do SUS como hierarquizada e regionalizada, bem como ações e serviços mínimos para a composição de uma região de saúde, definida enquanto:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. (BRASIL, 2011, p. 1).

É relevante enfatizar que no contexto da saúde, as regiões geográficas possuem dois significados: configuram-se como base territorial para o planejamento de uma rede de atenção integral à saúde, incorporação tecnológica, qualificação e alocação de recursos humanos, e também, como espaços geográficos relacionados com a condução político-administrativa do SUS no território (VIANA; LIMA, 2011).

A partir das normativas citadas, pode-se apontar:

A regionalização assume caráter central na conformação do SUS, na medida em que produz novas institucionalidades e arranjos entre os atores que configuram a gestão dos sistemas municipais e regionais, possibilitando a oportunidade de constituir um modo diferente de formular e implantar políticas de saúde. (REIS *et al.*, 2017, p. 1053).

Ressalta-se que a regionalização busca responder às necessidades de ampliação e equalização do acesso aos cuidados à saúde das cidadãs e dos cidadãos brasileiros; a hierarquização da rede de atenção à saúde, com suas diferentes densidades tecnológicas, gestão descentralizada e compartilhada pelos entes federados; racionalização e otimização de recursos; adequação da capacidade de resposta do SUS às diversas realidades sanitárias do território nacional (RIBEIRO, 2015).

Porém, alguns desafios são apontados para a garantia do acesso e integralidade da atenção no processo de regionalização. Entre os principais estão: a organização jurídico-administrativa, as responsabilidades sanitárias e o custeio dos serviços ofertados à população (PEREIRA, 2017).

A esses elementos Viana e Yozzi (2019, p. 8) acrescentam um impasse institucional, referente “às assimetrias federativas e ao baixo desenvolvimento de relações

intergovernamentais entre as instâncias de planejamento/negociação/deliberação - obstáculo posto desde o início da construção do SUS”. Este impasse se relaciona com outro desafio, que pode ser denominado “falta de cultura de planejamento”, realidade vivenciada pelos municípios que fragiliza os instrumentos de planejamento e reforça a “cultura política burocrática e clientelista”, presente nos espaços colegiados de gestão do SUS (MELLO *et al.*, 2017).

Torna-se relevante evidenciar que a regionalização envolve o estabelecimento de inter-relações entre diferentes atores sociais e modificações do modo de distribuição de poder. Considera ainda a implementação e formulação de diversas estratégias e instrumentos de planejamento, gestão, integração, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de um determinado território (VIANA; LIMA, 2011).

Neste sentido, o Planejamento Regional Integrado (PRI), no contexto atual, pode se caracterizar como uma iniciativa de resgate e fortalecimento da regionalização no âmbito do SUS. Trata-se de um processo em desenvolvimento no território nacional, a ser elaborado de forma ascendente, com sistematização das responsabilidades de cada ente federado com a RAS e seu financiamento compartilhado. Seu produto é o Plano Regional, instrumento que consolidará, dentre outras coisas, as necessidades em saúde da população e os compromissos dos entes federados com as ações e serviços públicos em saúde (BRASIL, 2021).

Para esta iniciativa, um incentivo financeiro foi instituído pelo MS e atribuído aos Estados e ao Distrito Federal para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da RAS (BRASIL, 2020).

No âmbito do PRI, a RAS possui lugar de destaque e deve ser “organizada em macrorregião de saúde (...) garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável” (BRASIL, 2021, p. 3).

Cabe enfatizar que a regionalização parte da construção de um novo modo de pensar e articular estrategicamente e regionalmente as políticas de saúde. Só poderá ocorrer mediante a “existência de um ambiente regional vivo que tem por base um território onde ocorrem relações de poder e a interação de aspectos sociais, econômicos e culturais, dando-lhe coerência e identidade” (NASCIMENTO, 2007, p. 203).

Neste contexto, “a conformação de regiões e redes de saúde se tornaram estratégias da política nacional para lidar com a dimensão territorial da universalização da saúde e induzir mudanças na política, no planejamento e gestão do SUS” (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015,

p. 29). Para tanto, é fundamental compreender a região como um recorte territorial mais vasto que o território sanitário, que pode ser identificado como suporte para uma oferta instalada de serviços (RIBEIRO, 2015). Noção insuficiente para abarcar a complexidade requerida por uma regionalização pautada nos princípios do SUS.

## 2.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: O CASO DA REDE PE/BA

Conforme sinalizado anteriormente, o Decreto nº 7508/2011 determina a RAS (BRASIL, 2010) como elemento importante para organizar a atenção à saúde nas regiões para assegurar aos usuários e as usuárias do SUS as ações e serviços que necessitam, bem como para aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional do SUS.

A RAS foi proposta como estratégia para superação da fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde. É centrada nas necessidades em saúde da população que, por sua vez, são compreendidas como responsabilidades contínuas, integrais e multiprofissionais. Integra-se por meio de linhas de cuidado, estratégia de organização da atenção e viabilização da integralidade (ALBUQUERQUE, VIANA, 2015).

A RAS defende o compromisso coletivo com os resultados sanitários e econômicos, caracterizando-se ainda como instrumento de fortalecimento da regionalização da saúde (BRASIL, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (BRASIL, 2010. p. 3).

A organização da RAS ocorre por meio da associação de alguns elementos, entre os quais se destacam a gestão da clínica e a eficiência na aplicação de recursos. Neste sentido, as linhas de cuidado, definidas a seguir, desempenham um importante papel.

Linhas de Cuidado (LC) - uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários

pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e coresponsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional. (BRASIL, 2010, p. 9).

Para Landim, Guimarães e Pereira (2019, p. 162), a integração sistêmica de ações e serviços de saúde “consiste em redes interorganizacionais e intraorganizacionais, coordenadas e articuladas, para organizar serviços de diferentes densidades tecnológicas em uma região adscrita e gerir os distintos pontos de atenção à saúde que integram a linha de cuidado”, e implica ainda, a prática social e a luta política pela reafirmação do projeto do SUS, que tencione e produza “uma dinâmica entre o campo do instituído e do instituinte, do normativo e do experienciado cotidianamente nas organizações de saúde, nos seus modos de produzir saúde”.

As Redes Regionais de Atenção à Saúde foram destacadas como estratégia de ordenação dos níveis de atenção nas regiões de saúde por meio do Decreto nº 7508/2011. Para isso, alguns instrumentos foram criados, dentre os quais se pode destacar: Comissões Intergestores Regionais (CIR), Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP) e Grupos condutores.

A RAS tornou-se ainda um espaço privilegiado para a integração do processo de regionalização. Porém, sua constituição enfrenta quatro desafios principais, relacionados ao modelo de atenção, à atenção primária à saúde, ao cuidado aos(às) usuários(as) com doenças crônicas e à assistência hospitalar (VIANA *et al.*, 2018).

Também é importante salientar que os desenhos político-territoriais da regionalização, as regiões de saúde, não funcionam enquanto “barreiras geográficas de proteção à saúde das pessoas, nem interrompem os fluxos de pacientes que porventura estejam à procura de serviços que atendam às suas necessidades e expectativas” (VIANA; LIMA, 2011, p. 41).

A complexidade dos problemas de saúde vivenciados nos territórios demanda ações governamentais que muitas vezes extrapolam as capacidades específicas de um ente federado (LEAL *et al.*, 2019). Requerendo, portanto, a definição de estratégias capazes de lidar com as multiplicidades e necessidades dos territórios. Nessa perspectiva, pode-se afirmar: “não haverá sucesso e consolidação do SUS sem que se estabeleçam processos de gestão singulares, com regiões intramunicipais, quando couber, e arranjos adequados às suas necessidades” (REIS *et al.*, 2017, p. 1050).

Redes intermunicipais e interestaduais têm surgido no âmbito do SUS como alternativas diante dos cenários vivenciados nos territórios sanitários. “As redes criam e recriam arranjos técnicos e institucionais, combinando diferentes escalas de ação e poder econômico e político que escapam aos limites regionais, tornando mais complexas as interações regionais” (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015, p. 30).

Vale salientar que as redes são definidas enquanto sistemas de interação social. Por conseguinte, “representa uma construção social de relações que se compõem e recompõem em múltiplas possibilidades de arranjos e negociações, dependendo do potencial de contatos e fronteiras que os atores sociais envolvidos podem estabelecer” (RIBEIRO, 2015, p. 409).

A partir desta realidade, de necessária repactuação dos compromissos sanitários e fronteiras geográficas, surge a “Rede Interestadual de atenção à saúde do Vale do Médio São Francisco”, popularmente conhecida como Rede PE/BA e assim denominada neste estudo.

A motivação para a construção de uma rede interestadual de saúde partiu da realidade dos territórios, da circulação dos usuários e das usuárias entre os municípios de Petrolina-PE e Juazeiro-BA e da articulação e cooperação informal já existente entre as gestões de saúde dos respectivos municípios (PEREIRA, 2017).

Origina-se, por conseguinte, da necessidade de expansão dos limites políticos, jurídicos e administrativos anteriormente definidos. Reafirmando que “afinal, não é em ambientes estéreis que aparecem cronologicamente os sentidos e devires, são nos territórios de registro produzidos nos acontecimentos da vida, da vida cotidiana das pessoas que operam o cuidado” (RODRIGUES *et al.*, 2016, p. 237).

A partir da relação estabelecida entre os municípios de Petrolina-PE e Juazeiro-BA, a problemática da construção de uma rede interestadual, ainda não contemplada pela legislação em vigência na época, alcançou visibilidade, passando a incluir as Regionais de Saúde, as respectivas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e o Ministério da Saúde (MS), tornando-se agenda política dos três níveis de governo (RODRIGUES *et al.*, 2016; PEREIRA, 2017; VIANA, 2017; WRUBLEWSKIA *et al.*, 2018).

Em 2008, por meio da portaria GM/MS nº 1989, um grupo de trabalho foi instituído com a finalidade de elaborar e executar o “Projeto de Implementação da Rede Interestadual de atenção à saúde do Vale do Médio São Francisco”. O grupo contou com representação do MS, das SES de Pernambuco e da Bahia, das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de Juazeiro, Petrolina, Paulo Afonso, Senhor do Bonfim, Salgueiro e Ouricuri, e da Universidade do Vale do São Francisco.

O MS lançou um edital para contratação de uma consultoria, realizada pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, para apoiar os Estados na construção do diagnóstico das regiões e das redes de atenção à saúde. Após esse diagnóstico, o projeto interestadual passou a agregar duas Macrorregiões de Saúde (IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco e a Macrorregião Norte da Bahia), que juntas somavam 53 municípios (VIANA, 2017).

Por meio da assinatura da carta do Vale Médio do São Francisco, documento que contém a primeira pactuação formal da Rede PE/BA, os representantes do MS, SES e SMS firmaram compromisso como os objetivos da rede (RODRIGUES *et al.*, 2016; WRUBLEWSKIA *et al.*, 2018).

O grupo de trabalho utilizou fóruns macrorregionais como estratégia para construção do “Projeto de Implementação da Rede Interestadual de atenção à saúde do Vale Médio do São Francisco” (PERNAMBUCO-BAHIA, 2009) e seguiu as orientações do Pacto pela Saúde (2006), considerando: contiguidade de territórios; fluxos intermunicipais de pacientes; integração de redes de saúde; suficiência tecnológica; concentração/dispersão tecnológica; e economia de escala.

O projeto apontou a falta de algumas políticas específicas como problemas genoestruturais prioritários, a saber: recursos humanos e educação permanente, regulação, urgência/emergência e oncologia. Apresentou ainda as diretrizes para remodelagem da atenção à saúde na Macrorregião do Vale do Médio São Francisco, consensos estabelecidos em relação à política de oncologia e aos perfis dos hospitais públicos de referência macrorregional interestadual, e definiu o plano de ações para as seguintes áreas estratégicas: o fortalecimento da atenção primária em saúde, redução da mortalidade materno-infantil e atenção às urgências e regulação.

Apresentaram-se ainda diretrizes para estruturação da assistência oncológica hospitalar. De acordo com as normativas vigentes à época, observou-se na Rede PE/BA a necessidade de implantação de 02 Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), com oferta de radioterapia em pelo menos uma delas. Estando esses serviços localizados nos municípios sede das Macrorregião de Saúde. Neste sentido, ao UNACON/Petrolina localizado no Hospital Dom Malan, atribuiu-se a responsabilidade sobre o “câncer ginecológico e infantil de toda região, integrando ações de quimioterapia e cirurgias oncológicas”, e ao UNACON/Juazeiro, a ser estruturado no Hospital Regional de Juazeiro, a responsabilidade “pelos outros tipos de câncer (exceto ginecológico e infantil), concentrando

nesse serviço toda cobertura de radioterapia da região” (PERNAMBUCO-BAHIA, 2009, p. 11).

Nas diretrizes para estruturação da assistência de alta complexidade, o projeto (PERNAMBUCO-BAHIA, 2009) apresentou os seguintes perfis para os estabelecimentos hospitalares: Hospital Dom Malan (PE) – referência terciária para atenção à criança e à mulher, e atendimento ao câncer infantil e ginecológico; Hospital Regional de Juazeiro (BA) – referência para urgências clínicas e cirúrgicas, atendimento especializado para doenças infecciosas e nefrologia, e atendimento ao câncer adulto nas modalidades clínica e cirúrgica; Hospital de Urgência e Trauma (PE) – referência para urgências e emergências, direcionadas a politrauma, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia geral e clínica médica.

Evidencia-se, porém, que embora tenha apresentado as diretrizes acima, o projeto não definiu competências e responsabilidade de cada ente federado para a implementação das ações previstas, nem delimitou recursos necessários, mecanismos de financiamento, monitoramento e avaliação (PEREIRA, 2017).

O planejamento da Rede PE/BA foi embasado pelo diagnóstico de saúde e pela elaboração de instrumentos macrorregionais (Programação Pactuada Integrada e Plano Diretor de Investimentos). Diante da inexistência de instrumentos de planejamento interestaduais, Pereira (2017) evidencia o desafio do SUS mediante a necessidade de criação de recursos normativos que contemplem desenhos territoriais não equivalentes às unidades federadas.

Uma inovação criada na Rede PE/BA foi a construção de um espaço de governança interestadual, reconhecido como necessário ao processo constante de negociação que implica a proposta de se constituir redes e democratizar a tomada de decisões entre os entes federados (RODRIGUES *et al.*, 2016). Segundo Viana (2017), o Colegiado Regional Interestadual (CRIE), foi institucionalizado pelas SES de Pernambuco (Resolução CIB/PE 1471/2010) e da Bahia (Resolução CIB/BA 089/2010).

Um dos instrumentos estabelecidos para fortalecimento da regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços, aprimoramento dos processos de trabalho, dos mecanismos e estratégias de gestão nas regiões de saúde, é a regulação em saúde. A regulação em saúde tem o objetivo de garantir a adequada prestação de serviços à população, colaborando para o cumprimento dos compromissos sanitários assumidos pelos entes federados (FIGUEIREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ, 2019). Na Rede PE/BA, particularmente, a regulação executa um papel de destaque, crucial para a organização da assistência interestadual.

## 2.3 A REGULAÇÃO NA SAÚDE

As concepções iniciais sobre o conceito de regulação datam do século XVII e se relacionam com sistemas de controle. Porém, é um conceito considerado polissêmico, que apresenta distintos significados em múltiplas áreas do conhecimento, a saber: biologia, direito, economia, economia política e ciências sociais (OLIVEIRA; ELIAS, 2012).

Com presença marcante na teoria econômica, a regulação pode ser descrita como a intervenção do Estado na correção de “falhas do mercado”, caracterizadas pela inexistência de pelo menos uma das condições para a perfeita competição: racionalidade, inexistência de externalidades, perfeito conhecimento do mercado por parte do consumidor, consumidores agindo livremente em seu benefício, numerosos e pequenos produtores sem poder de mercado (CASTRO, 2002; SANTOS; MERHY, 2006).

São as dimensões das “falhas do mercado” que determinam a intensidade da intervenção estatal. “O papel do Estado, ao se utilizar da regulação, é o de definir os critérios de organização e prestação dos serviços, estabelecendo prioridades, além de elaborar as regras para a atuação dos mercados” (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012, P. 643).

No caso da saúde, nenhuma das condições de perfeita competição está presente. Sendo as próprias “falhas de mercado” no setor saúde (ocorrência de riscos e incerteza, “risco moral”, externalidades, distribuição desigual da informação entre produtores e consumidores e a existência de barreiras), justificativas para uma ação mais intensa do Estado (DONALDSON; GERARD, 1993 *apud* CASTRO, 2002).

São essas falhas que colocam as demandas da saúde no campo da necessidade e, por conseguinte, tornam-na incompatível com as teorias tradicionais sobre oferta e demanda. Frente a isto, a função reguladora do Estado se torna fundamental para harmonizar oferta e demanda e otimizar a alocação dos recursos disponíveis (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012, p. 643).

A conceituação da regulação em saúde sofre influência do contexto das reformas regulatórias dos sistemas de saúde, devendo ser compreendida a partir do modo como o Estado exerce sua autoridade. A origem da regulação em saúde no Brasil está associada ao setor privado, produtor de serviços de saúde (OLIVEIRA; ELIAS, 2012) e é compreendida como a capacidade de alterar ou orientar a execução do processo de prestação de serviços.

No Brasil, a regulação em saúde começou a ser utilizada nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (1923) e, posteriormente, nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (1933), sendo seu uso intensificado com o surgimento do Instituto Nacional de Previdência Social, em 1966,

devido à grande aquisição de serviços privados pelo Estado. Contexto em que o pagamento estabelecido para cada procedimento direcionou a oferta da rede credenciada, que por sua vez, determinou as ações, quantitativos e o acesso a ser permitido aos(as) usuários(as) do sistema (SANTOS; MERHY, 2006).

Tal situação foi intensificada pela expansão da contratação de serviços privados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (1978), cujo modelo regulatório focava no controle de gastos do setor saúde por meio de uma ampla gama de normatizações, regras e fluxos. Este modelo de regulação caracterizou-se pelo seu “alto grau de centralização, verticalização das ações, decisões e normalização centrais (...) que se expressam com a fragmentação da ação do Estado no sentido de promover a saúde da população” (SANTOS; MERHY, 2006. p. 28).

O processo regulatório, no entanto, pode abarcar aspectos do acesso cotidiano das pessoas (microrregulação), ou a dimensão das definições políticas das instituições (macrorregulação), cenário de disputas que determina o seu modo operacional, propósito e alcance. Não há sistema de saúde sem regulação, mas existem diferenças entre as regulações estabelecidas, que podem estimular a expansão do setor privado, conforme anteriormente citado, ou defender a égide do público, como pautado pela Reforma Sanitária (SANTOS; MERHY, 2006).

O processo regulatório utilizado como instrumento de gestão pode mitigar as relações de necessidade, oferta e demanda e, deste modo, ser um importante equalizador social do sistema de saúde para diminuir as desigualdades entre os entes públicos e privados (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Durante a Reforma Sanitária, com a luta pela remodelação do sistema de saúde nacional, fortalecida pelo reconhecimento constitucional da saúde como um direito do(a) cidadão(ã) e dever do Estado, os temas do controle, avaliação, auditoria e regulação, aparecem no processo de definição do arcabouço legal do SUS sob outra perspectiva.

A regulação deve ser pensada não apenas enquanto maneira de racionalizar recursos, mas, no contexto dos princípios norteadores do SUS. O processo regulatório deve redimensionar a oferta e qualificar a utilização dos recursos assistenciais e financeiros sob orientação de pactuações de instâncias gestoras e critérios científicos (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012). Este argumento é reforçado por Figueiredo, Angulo-Tuesta, Hartz (2019, p. 20), a seguir.

A regulação em saúde não deve limitar-se às relações econômicas e de mercado, mas levar em conta as políticas setoriais, as formas de financiamento e organizações de serviços de saúde, assim como a oferta e a organização de recursos humanos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a inovação e a garantia de acesso aos serviços. Se não for assim, dificilmente a regulação contribuirá para a garantia do direito à saúde.

No final dos anos 1990, a partir da Lei nº 9.782/99, a primeira agência reguladora nacional foi criada e nominada Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com objetivo de atuar sobre a regulação econômica e sanitária em todos os setores relacionados a produtos e serviços que podem afetar a saúde da população. Pouco tempo depois, por meio da Lei nº 9.961/00, foi instituída a Agência Nacional de Saúde Suplementar, com função de regulamentar os planos privados de saúde (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

A regulação foi debatida mais profundamente na saúde com as NOAS 01/2001 e 01/2002, que ampliam a responsabilidade dos municípios sobre a atenção básica e reservam à União e aos estados a gestão da média e da alta complexidade dos serviços públicos de saúde. Sendo reforçada posteriormente pelo Pacto pela Saúde (2006), onde é apresentada como uma das alternativas para articulação da gestão e produção do cuidado no SUS (BADUY *et al.*, 2011; CASTRO, 2002; FIGUEIREDO, ANGULO-TUESTA, HARTZ, 2019).

A Política Nacional de Regulação (PNR) do SUS foi instituída pela Portaria GM nº 1558/2008 como instrumento para alcance das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. Tendo por objetivos a estruturação das ações de regulação, controle e avaliação no SUS, fortalecimento da regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços, aprimoramento os processos de trabalho e fortalecimento dos mecanismos e estratégias de gestão (FIGUEIREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ, 2019).

A PNR resgata definições apontadas no Pacto pela Saúde (2006) e está organizada por três dimensões integradas entre si: regulação de sistemas de saúde; regulação da atenção à saúde; regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial.

A regulação de sistemas de saúde possui como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde. É efetivada pelos atos de regulamentação, controle e avaliação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e auditoria sobre sistemas e de gestão.

A regulação da atenção à saúde, exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, tem por objetivo garantir a adequada prestação de serviços de saúde à população. Efetiva-se por meio do monitoramento, controle, avaliação e auditoria da assistência e atenção à saúde no SUS.

A regulação do acesso à assistência ou regulação assistencial, tem como objetivos: a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais. Seus sujeitos são os respectivos gestores públicos. É efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do(a) cidadão(ã) por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários.

O complexo regulador é a estrutura de operacionalização das ações da regulação do acesso, sua abrangência e estrutura devem ser pactuadas entre os gestores, podendo se caracterizar enquanto Estadual, Regional ou Municipal. O complexo regulador deve ainda ser organizado em: Central de Regulação de Consultas e Exames; Central de Regulação de Internações Hospitalares; e Central de Regulação de Urgências (BRASIL, 2008).

Apesar dos avanços citados no modo de operacionalização da regulação assistencial, o processo de regulação ainda ocorre de modo incipiente. Um dos aspectos requeridos para seu aprimoramento é a composição de instrumentos que possam garantir a qualidade do atendimento aos pacientes e a eficiente alocação de recursos médico-hospitalares (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

Em um estudo realizado por Oliveira e Elias (2012), identificou-se que a maioria das produções sobre regulação está conectada com as ideias de controle, equilíbrio, adaptação e direção. Para os autores, controle e equilíbrio estão associados às características operativas da regulação (ajustar, corrigir, restringir). A adaptação ocupa um lugar entre o componente técnico e político. A direção, por sua vez, faz referência aos aspectos políticos da regulação.

Nesse contexto, destaca-se que sistemas de informação, protocolos e normas não são suficientes para a construção da integralidade no SUS. Este princípio exige que a produção do cuidado e o trabalho em saúde sejam priorizados como objetos de ação e definidos enquanto política de governo. Objetos que devem ser efetivados no cotidiano dos serviços, das redes de atenção e na interação entre gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as) do SUS (BADUY *et al.*, 2011).

Para tanto, a regulação tem progressivamente ocupado outro lugar, “deixando de ser uma atividade de controle sobre o setor privado para assumir uma forma sistematizada de atuação do Estado” (OLIVEIRA; ELIAS, 2012, p. 575).

O processo de regulação do acesso aos serviços de saúde permite aos Estados, Municípios e a União a definição de um perfil assistencial mais adequado às complexas e multidimensionais necessidades de saúde do seu território e, desse modo, pode ser

considerado uma ferramenta de intervenção na realidade sanitária (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012). Como destacado a seguir.

A regulação, ao garantir o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos [...]. Promove, assim, a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime e ordenada. (SANTOS; MERHY, 2006, p. 38).

A gestão dos sistemas e serviços de saúde no Brasil é um grande desafio para a consolidação do SUS. Apesar da ampliação das ações e serviços ofertados, principalmente pelos municípios, existem dificuldades para efetivação de uma rede contínua de cuidados integrais, indispensável para a atenção à saúde, otimização de recursos e legitimação junto aos usuários e usuárias (BADUY *et al.*, 2011).

Para além do consumo ou acesso a serviços de saúde, a integralidade e a equidade se referem ao campo das micropolíticas da saúde, contemplando seus fluxos e articulações. A luta para garantia desses princípios implica repensar importantes aspectos do processo de trabalho, planejamento, gestão e a construção de novos saberes e práticas em saúde (CECÍLIO, 2009).

Dentre os desafios enfrentados pela regulação merecem destaque a compreensão da “multiplicidade de cenários, sujeitos, ações e interesses, e a implementação de estratégias de regulação centradas no usuário, a fim de garantir os direitos constitucionais tratados no capítulo da saúde” (FIGUEIREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ, 2019, p. 7).

Ressalta-se que a transição epidemiológica e demográfica, caracterizada pelo envelhecimento populacional e alta prevalência dos agravos e doenças não transmissíveis, agrega novos desafios aos sistemas de saúde preocupados com a equidade, eficiência e efetividade. Aumentam a necessidade assistencial em saúde e requerem projetos de cuidado que priorizem manutenção e ampliação da autonomia. Para isso, novos arranjos que proporcionem a continuidade da atenção e a integralidade do cuidado são indispensáveis (BADUY *et al.*, 2011; OLIVEIRA, ELIAS, 2012).

Dentre esses arranjos, pode-se destacar a constituição da primeira Central de Regulação Interestadual de Leitos (CRIL) do país, para operacionalizar o fluxo de pacientes entre os serviços da Rede PE/BA, com sede no município de Juazeiro-BA, gerenciada na modalidade de cogestão e financiamento compartilhado (PEREIRA, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2016). A CRIL se configura como um “observatório da Rede PE/BA”, capaz de indicar as

fragilidades e potencialidades dos serviços e, portanto, colaborar para a tomada de decisão das gestões estaduais (WRUBLEWSKIA *et al.*, 2018).

À regulação na Rede PE/BA foram atribuídas as seguintes diretrizes: construção dos perfis e contratualização dos serviços especializados; complexo regulatório macrorregional em regime de cogestão; regulação dos serviços de referência macrorregional; regulação dos encaminhamentos para os polos estaduais; definição e articulação das diretrizes em relação ao transporte sanitário; definição do plano de informatização e informática; construção das linhas de produção de cuidado e articulação dos processos regulatórios (PERNAMBUCO-BAHIA, 2009).

Para avançar na ampliação do acesso e construção da integralidade são necessários arranjos que associam a regulação à real produção de redes de cuidado. O que significa a construção de dispositivos que articulam e coordenam uma rede sempre em movimento e transformação (BADUY *et al.*, 2011).

Um desafio que se coloca à estruturação de uma rede de saúde e, principalmente, no contexto da Rede PE/BA, é a organização do acesso aos serviços e ações de saúde em tempo oportuno e com qualidade. Diante da dificuldade do estabelecimento de regimes regulatórios capazes de ofertar resposta compatíveis com as necessidades em saúde, outras estratégias utilizadas para garantia de acesso merecem atenção, uma delas é o “agir leigo” (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

## 2.4 O “AGIR LEIGO” NA PRODUÇÃO DE MAPAS DE CUIDADO

Mediante as fragilidades existentes na garantia do acesso à saúde pública para os cidadãos e as cidadãs brasileiras e a necessidade de construção de novos arranjos regulatórios que abarquem as necessidades em saúde, algumas iniciativas, desenvolvidas por diversos atores sociais, podem ser identificadas nos cotidianos dos serviços de saúde.

O conceito de necessidade em saúde defendido por Cecílio (2009) compreende quatro grandes conjuntos: boas condições de vida (incluem dimensões biológicas, políticas e sociais); acesso e consumo de toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário(a) e uma equipe e/ou um profissional; graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida. Havendo, por conseguinte, para cada um desses conjuntos, necessidades que variam de acordo com cada pessoa e momento.

A estrutura institucionalizada da regulação, a chamada regulação governamental, não contempla todas as necessidades dos atores sociais. Por consequência, surge a chamada

“regulação leiga”, baseada no “agir leigo”, conjunto de estratégias, desenvolvidas pelos usuários e usuárias, que permitem o acesso assistencial (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

Tais estratégias são construídas a partir de um conhecimento prático, desenvolvido pelas experiências e observações sobre como conseguir, por meio dos recursos pessoais, o acesso ao cuidado que julgam necessário para suas questões de saúde. Para isso, utilizam o aparato médico-hospitalar-ambulatorial, público ou privado, com criatividade e organização (MENESES *et al.*, 2017).

A palavra “leigo”, em sua origem, remete-se a povo que não possui todos os conhecimentos necessários para exercer determinadas funções dentro da organização religiosa, ocupando uma posição inferior na hierarquia. Na modernidade, o termo passou a ser associado a pessoas que não possuem conhecimento para determinado assunto (CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

O termo leigo, no contexto da saúde, tem sido empregado como contraponto ao saber especializado. Porém, o leigo e seu agir, são dotados de um saber produtor de um contraste com potencial de revelar o funcionamento da máquina da saúde, capaz de indicar aquilo não observado pelos especialistas (CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

Ao saber “leigo” é conferido “o estatuto de um conhecimento válido para expressar novos modos de existência e de ação, sem estar atrelado à legitimidade unilateral do conhecimento científico ou profissional especializado” (MENEZES *et al.*, 2017, p. 2022). O “agir leigo” portanto, pode produzir deslocamentos no pensamento especializado sobre o funcionamento dos sistemas de saúde, ao trazer à tona que:

A produção de cuidado não é propriedade de um segmento de atores particular, mas encontra-se referida às inúmeras combinações possíveis entre modelos de conhecimento, perspectivas e a capacidade de superar relações de hierarquia de conhecimento, que podem vir a traduzir as diferenças em desigualdade. (MOREIRA, 2007, p. 301)

Ressalta-se que o “agir leigo” é compreendido como forma dinâmica de ação conduzida pelo conjunto de estratégias que permitam o acesso assistencial, formuladas de modo divergente do prescrito pela estrutura governamental, na maioria das vezes diante das dificuldades vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde.

Diante do exposto, pode-se pontuar:

O leigo inventa, pelo método da bricolagem e da recomposição, surpreendentes totalizações precárias e contingentes, movidos pelo sofrimento do adoecimento, do

medo da morte e da consciência da fragilidade da vida humana. (CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, p.15).

O “agir leigo”, que atua na construção de alternativas não contempladas pelas normativas governamentais para as questões de saúde, costuma ser visto como ato que conspira contra a racionalização de recursos financeiros da gestão, não sendo interpretado como algo que possa vir a contribuir no modo de gerenciamento da regulação em saúde (CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

No entanto, ao denunciar as fragilidades da regulação governamental, o “agir leigo” apresenta preciosas contribuições para sua qualificação, podendo ainda colaborar para a construção de outras maneiras de lidar com a insuficiência de recursos em saúde e com as dificuldades organizativas da própria regulação. Tornando-se “capaz de promover deslocamentos no pensamento hegemônico, abrindo espaço para a experiência de adoecimento, de medo e de fragilidade” (FREIRE *et al.*, 2020, p. 4).

Em estudo sobre o “agir leigo” na produção de mapas de cuidado Cecílio, Carapinheiro e Andrezza (2014) entrevistaram profissionais de saúde e gestores municipais com o intuito de construir uma genealogia dos sistemas locais de saúde, a partir do modo como esses atores interpretavam as facilidades e dificuldades no relacionamento dos usuários e das usuárias com os serviços. Sobre a importância de abordagens como estas para as pesquisas em saúde, pontua-se:

Estudar os atores, seus discursos e práticas no cotidiano das instituições é fundamental, pois possibilita a localização de elementos objetivos e subjetivos, por meio dos quais os atores sociais constroem suas percepções referentes à vida social, que inclui a vida institucional. (PINHEIRO, 2009, p. 70).

Quatro grandes problemas teórico-práticos emergiram do discurso desses profissionais e gestores: a quimera da atenção básica em saúde; usuário(a) fabricado(a) e o usuário(a) fabricante(a); a distinção entre o tempo dos gestores, o da equipe e o tempo dos usuários; as múltiplas lógicas que regulam o acesso e consumo de serviços de saúde (CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

A quimera é um produto da imaginação, um sonho ou fantasia. Para os participantes da pesquisa, a rede básica tem operado de modo distante do proposto. Os investimentos realizados não alcançaram o desejado para a atenção básica: ser porta de entrada do SUS, próxima dos(as) usuários(as), universal, resolutiva, produtora de um cuidado integral, de cidadania e consciência sanitária, capaz de desafogar os prontos-socorros, reduzir a demanda

por atendimentos especializados e procedimentos considerados desnecessários (CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

Sobre esta afirmativa questionam se o projeto da atenção básica pode ser concretizado, necessitando de tempo e investimento, ou se é algo que não dialoga com a realidade das necessidades da população e por tal motivo, não tem alcançado o que foi previsto.

Os profissionais e gestores identificam duas categorias de usuários(as): usuário(a) “fabricado(a)”, caracterizado como aquele(a) que se sujeita a normatividade que a medicina estabelece e, portanto, que segue as normas e fluxos estabelecidos; e o(a) usuário(a) “fabricador(a)”, transgressor(a) das normas, autônomo(a) e criativo(a), que embora seja interpretado como ator que atrapalha as determinações da gestão, possui importante função na produção de novas práticas de cuidados e para configuração da própria regulação em saúde (CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

Entretanto, observou-se que profissionais e gestores participantes da pesquisa interpretam que os(as) usuários(as) se equivocam quando não cumprem o fluxo definido pela regulação governamental, por falta de conhecimento sobre o modo de funcionamento (racionalidade) do sistema de saúde. Não reconhecem de tal modo, o processo criativo, intencional e consciente da construção do cuidado pela “racionalidade leiga” e sua importante função na indicação de caminhos para qualificação necessária na organização da regulação em saúde e para o alcance da integralidade da atenção.

Outro problema teórico-prático identificado na pesquisa diz respeito ao tempo de cada ator social. Tempo determinado pelo lugar que ocupam, pelo momento, experiências, urgências e fragilidades. Os(as) gestores(as) buscam a racionalização do uso dos tempos de acesso e consumo dos serviços cuja demanda é sempre ilimitada e a oferta é sempre limitada. É o tempo das possibilidades. Os(as) profissionais de saúde buscam, embasados nos saberes e ética profissional, o tempo adequado para tecnologias e recursos considerados essenciais para uma boa assistência. É o tempo do cuidado. Já o(a) usuário(a), sob sua perspectiva marcada pelo adoecimento, impera por rapidez no tempo do acesso ao cuidado. É o tempo da necessidade. Cada ator social executa um tempo distinto, marcado por “ (...) lógicas que parecem competir entre si, produzindo ruídos permanentes na operacionalização do sistema de saúde” (CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, p. 62).

O último problema teórico-prático trata das múltiplas lógicas de regulação do acesso e consumo das ações e serviços de saúde identificado no cotidiano dos estabelecimentos de saúde:

O funcionamento real do SUS foi se configurando menos como resultado ou desdobramento de uma ação governamental de base técnico-administrativo-gerencial de caráter teleológico e instrumental, e mais como resultado da ação de múltiplos atores (individuais, coletivos, institucionais ou não), que vão produzindo lógicas de regulação do acesso e consumo de serviços de saúde, transbordando e escapando, por todos os lados, do formalismo e configuração do que temos chamado de sistema de saúde e à sua correspondente regulação governamental. (CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, p. 64).

A regulação do acesso aos serviços de saúde é marcada por disputas, uma vez que lida com a função de disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada às necessidades do(a) cidadão(ã) NOAS (01/2002). Mais do que um “ordenamento burocrático-administrativo (...) a regulação comporta diferentes lógicas, racionalidades e processualidades ou regimes de regulação” (CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, p. 90).

A partir dessa perspectiva, Cecílio, Carapinheiro e Andrezza (2014) identificam quatro principais modelos regulatórios: o agir profissional (marcado pela técnica e ética profissional), agir governamental, o “agir leigo” (marcado pelo adoecimento) e o agir político (marcado por uma lógica paternalista/clientelista).

A ampliação dos conceitos de regulação, ultrapassando os aspectos normativos e formais, está relacionada a uma tentativa de dar a ela outros sentidos, enfraquecendo o papel burocrático e controlador e possibilitando a aproximação à produção do cuidado, sem prejuízo da função regulatória, mas possivelmente a integrando melhor com o acesso, a integralidade e a equidade como organizadores do trabalho em saúde (FREIRE *et al.*, 2020, p. 4).

Os(as) autores(as) pontuam que o “agir leigo” não é produzido apenas pelos usuários e pelas usuárias, mas por uma “rede de usuários(as)” (composta por familiares, cuidadores(as), amigos(as), outros(as) usuários(as)) que compartilham conhecimento e tecem juntos(as) os percursos alternativos.

Não se trata, pois, de um desconhecimento das normas do sistema, ou de ignorar o que deve ser procurado em cada serviço, mas ao contrário, de um saber que vai sendo obtido no contato direto com os serviços e seus mecanismos formais regulação. (CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, p. 145).

Desta maneira, os(as) usuários(as) constroem seus mapas de cuidado, instrumento que aponta suas trajetórias (com escalas de maior ou menor amplitude) nos pontos de acesso do sistema de saúde, através dos quais experienciam outros regimentos regulatórios. Apontando as estratégias sociais criadas para minimizar as ineficiências do sistema de saúde e baseadas nos diferentes recursos disponíveis para cada usuário(a), gerando formas inéditas de

articulação para resolução de suas demandas (CARAPINHEIRO, 2001; BERTUSSI *et al.*, 2016; CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

A vivência de cada usuário(a) com o seu processo de adoecimento e suas possibilidades de construir alternativas para o acesso ao cuidado, determinará a presença e intensidade dos diferentes regimes regulatórios, inclusive os recursos/serviços públicos e privados utilizados em sua composição (BERTUSSI *et al.*, 2016).

Os recursos e serviços privados, presentes nos mapas de cuidado, dentre outras possibilidades, funcionam como forma de contornar a regulação governamental mediante a não obtenção da resposta através do setor público. Costumeiramente são utilizados mediante o imperativo da doença, por conseguinte, do tempo da necessidade (CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

O reconhecimento e a identificação de diferentes formatos de mixagem público-privada pelos usuários na conformação dos seus mapas de cuidado mostra a importância desse tema para a gestão pública da Saúde, que necessita considerar essa realidade como a dimensão indissociável da regulação governamental do acesso à saúde. (CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, p. 196).

As relações público-privadas, interpenetradas, superam concepções sobre a existência de uma distinção nítida entre os sistemas. Através da utilização ativa de um mix público-privado protagonizada pelos(as) usuários(as), o “agir leigo” constrói um percurso para enfrentamento de seus problemas de saúde (MENEZES *et al.*, 2017).

A procura pelo setor privado pelos(as) usuários(as) dos sistemas de saúde é inevitável diante da irresolução das questões de saúde dos(as) usuários(as) no setor público, das insatisfações diante da assistência prestada (GALVÃO *et al.*, 2019; BARROS *et al.*, 2019) ou mesmo do entendimento de que a qualidade diagnóstica e terapêutica do setor privado é superior (CARAPINHEIRO, 2001; MALVEZZI *et al.*, 2021).

Nos movimentos realizados dentro e fora do SUS, os(as) usuários(as) protagonizam formas de ação não previstas pela gestão ou profissionais de saúde. Dotados(as) de saberes próprios, inventam a trajetória assistencial adequada para o que interpretam como suas necessidades em saúde (CARAPINHEIRO, 2001; BERTUSSI *et al.*, 2016).

Considerando aspectos relacionados à regulação governamental, à regulação leiga e à complexidade destes processos, torna-se fundamental o desenvolvimento de estratégias que permitam identificar os caminhos alternativos à uma regulação que se distancia da possibilidade de atender as reais necessidades em saúde da população. Reconhecendo,

portanto, a legitimidade do “agir leigo” na produção de modalidades informais de acesso aos cuidados em saúde, e, por conseguinte, na construção de suas trajetórias assistenciais.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar as trajetórias assistenciais de usuários(as) da linha de cuidado em oncologia e sua relação com a regulação assistencial na Rede PE/BA.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Apresentar uma trajetória assistencial representativa do percurso dos(as) usuários(as) da Rede PE/BA na linha de cuidado em oncologia;
- Identificar as facilidades e desafios encontrados nas trajetórias assistenciais dos(as) usuários(as) da Rede PE/BA na linha de cuidado em oncologia;
- Compreender como o “agir leigo” contribuiu para a construção da trajetória assistencial dos(as) usuários(as) da Rede PE/BA na linha de cuidado em oncologia;
- Compreender como as trajetórias assistenciais dos(as) usuários(as) podem contribuir para a qualificação da regulação interestadual da linha de cuidado em oncologia na Rede PE/BA.

## 4 MÉTODO

### 4.1 DESENHO DO ESTUDO

Em concordância com os objetivos propostos, o presente estudo caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa que “(...) trabalha com o universo dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, 2009, p. 21).

A pesquisa qualitativa aprecia as subjetividades e aceita múltiplas perspectivas. Busca aprofundar-se nas complexidades sociais com intenção de compreender de fato as interações, processos, experiências vividas e sistemas de crença que fazem parte das pessoas, instituições e grupos culturais (O’LEARY, 2019).

Considera, por conseguinte, que a compreensão das nuances do comportamento social só pode ser realizada a partir do estudo de situações e pessoas específicas, sendo complementada pelos contextos em que ocorrem (YIN, 2016).

A pesquisa foi desenvolvida com uso da modalidade estudo de casos múltiplos, que contempla a investigação de casos dentro de um contexto contemporâneo da vida, em tempo e lugar determinado, proporcionando uma compreensão aprofundada e análise detalhada. Nesta modalidade, os casos elegidos apresentam perspectivas distintas sobre o problema em investigação. Por estar voltado a compreensão de um fenômeno e não apenas aos casos em si, este estudo de casos múltiplos configura-se do tipo instrumental (CRESWELL, 2014).

Ainda que seja reconhecido que o processo de cuidado transcende a busca por estabelecimentos formais, esta pesquisa abordará a construção do cuidado, pelos(as) usuários(as) da Rede PE/BA, por meio da procura pelos serviços de saúde de que necessitam, e, portanto, de suas trajetórias assistenciais.

As trajetórias assistenciais são importantes ferramentas para identificação das necessidades de saúde dos indivíduos, por revelar os percursos construídos na busca por serviços julgados resolutivos e qualificados para solução de seus problemas (GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008). Pode-se considerar que alinhadas ao “agir leigo” (CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014), demonstram as alternativas que os usuários elegem como adequadas para responder às suas demandas em saúde, uma vez que as trajetórias do cuidado resgatam a dimensão da experiência individual nos processos de cura

(TAVARES; BONET, 2008). Perspectiva tal que direciona à procura de assistência interpretada como mais adequada pelos(as) usuários(as).

O acompanhamento das trajetórias dos(as) usuários(as) no sistema de saúde tem sido utilizado como metodologia para estudo da articulação da rede de cuidado nos diversos níveis de atenção à saúde (SILVEIRA *et al.*, 2008). Uma vez que, de acordo com Medeiros, Gerhardt e Silva Junior (2016), as normas estabelecidas pela gestão para vinculação dos(as) usuários(as) às organizações de saúde, com muita fragilidade, conseguem estabelecer algum grau de regulação. O que ocorre, especialmente, por apresentarem respostas insuficientes às necessidades da população.

Deste modo, as trajetórias assistenciais apontam caminhos para organização dos serviços e colaboram para o fortalecimento dos princípios do SUS (GERHARDT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008). Fornecem, portanto, “importantes subsídios para se repensar o processo de trabalho, a gestão, o planejamento e a própria construção de saberes e práticas em saúde dos diferentes atores sociais envolvidos no processo (gestores, profissionais e usuários)”. (SILVEIRA *et al.*, 2008, p. 203).

A depender de sua tipologia, o câncer tem o potencial de cumprir os critérios para condição traçadora (KESSNER, KALK & SINGER, 1973; TANAKA *et al.*, 2019). Neste estudo foi utilizado para a construção da trajetória assistencial dos(as) usuários(as), por possibilitar a aproximação com questões relativas ao acesso, regulação e organização da rede assistencial.

A problemática dos cuidados oncológicos foi contemplada no “Projeto de Implementação da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco” (PERNAMBUCO-BAHIA, 2009), e identificada pela gestão estadual atual, como questão prioritária na Rede PE/BA.

## 4.2 LOCAL DA PESQUISA

Esta pesquisa foi desenvolvida na Rede PE/BA, produto da realidade dos territórios e da articulação entre pessoas, ações e serviços de saúde, sobretudo de urgência e emergência, entre os 53 municípios que compõem a IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco e a Macrorregião Norte da Bahia. A Rede PE/BA possui cerca de 2 milhões de habitantes e mais de 800 estabelecimentos de Saúde (PEREIRA, 2017).

De forma presencial a pesquisa ocorreu em Juazeiro-BA e Petrolina-PE, municípios de grande porte e sedes das respectivas Macrorregiões de Saúde, onde estão situados os

principais estabelecimentos de saúde que ofertam ações e serviços de saúde direcionados ao tratamento oncológico e cumprem um papel fundamental para a compreensão da problemática abordada.

De forma virtual, a pesquisa contou com a participação de usuários(as) residentes dos municípios de Ouricuri-PE, município de médio porte e sede da X Região de Saúde de Pernambuco, e o município de pequeno porte de Jaguarari-BA.

#### 4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com informantes-chave, “pessoas que, em razão do seu papel ou suas experiências, têm informação ou conhecimento pertinente que estão dispostas a compartilhar” (O’LEARY, 2019, p. 276).

O produto que se pretendeu com essa abordagem foi uma apreciação situacional, produzida a partir do lugar de observação de cada ator, que reconhecidamente possuem:

Cegueiras, vieses, posicionamentos, mas que são de grande interesse por representar o pensamento de sujeitos políticos locais em ação, com suas contradições e insuficiências, mas, com certeza, produtores ativos da “realidade local” e de muitas definições e decisões políticas relativas ao sistema de saúde, em especial da regulação. (CECÍLIO, CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, p. 28).

Os sujeitos da pesquisa foram usuários(as) do SUS, residentes em municípios da Rede PE/BA, que concluíram ou estavam em tratamento oncológico em unidades hospitalares que na atualidade se configuram como referência para esta linha de cuidado na Rede PE/BA, a saber, Hospital Dom Malan, em Petrolina-PE e Hospital Regional de Juazeiro, em Juazeiro-BA.

Os(as) usuários(as) entrevistados(as) foram indicados(as) por profissionais de saúde da Rede PE/BA, que se caracterizaram informantes-chave essenciais para os objetivos deste estudo. Os(as) usuários(as) que se enquadraram nos critérios definidos foram previamente contatados(as) por telefone.

Participaram do estudo 04 usuários(as) do Hospital Dom Malan e 04 usuários(as) do Hospital Regional de Juazeiro. Os(as) participantes da pesquisa residiam nas cidades de Juazeiro-BA (03), Petrolina-PE (03), Ouricuri-PE (01) e Jaguarari-BA (01).

Em relação a modalidade de entrevistas, 05 foram presenciais e 03 virtuais. Em algumas das entrevistas presenciais (02) os(as) usuários(as) estiveram acompanhados por seus familiares, que auxiliaram a narrar suas trajetórias.

Como forma de preservar o sigilo, os(as) entrevistados(as) foram identificados com o nome de pássaros que apresentam comportamento migratório, com distintos graus de amplitude e características específicas que permitem a associação com a trajetória de cada um(a) dos(as) participantes, a saber: Andorinha, Arribaça, Arutau, Batuira, Garça, Maçarico, Sabiá e Suiriri.

#### 4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão para a pesquisa, foram considerados:

- Usuário(a) residente em município componente da Rede PE/BA;
- Usuário(a) de estabelecimentos de saúde localizados na Rede PE/BA;
- Usuário(a) que tenha utilizado serviços de saúde componentes do SUS durante o diagnóstico e/ou tratamento oncológico.

Como critérios de exclusão para a pesquisa, foram considerados:

- Usuário(a) com dificuldade ou impossibilidade de se comunicar;
- Usuário(a) que desconheça sua trajetória assistencial.

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

No estudo de casos múltiplos, utiliza-se de diferentes fontes de informação (CRESWELL, 2014). Para tanto, como instrumentos de coleta do material da pesquisa foram utilizadas entrevistas semiestruturadas e diário de campo com impressões e observações da pesquisadora.

A entrevista semiestruturada parte da utilização de um roteiro com perguntas abrangentes e aspectos que o pesquisador pretende abordar no campo, permitindo ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem condições prefixadas pelo entrevistador (MINAYO, 2012). As entrevistas semiestruturadas foram conduzidas por roteiro específico que abordou aspectos relativos ao problema da pesquisa.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas preferencialmente de modo presencial, porém, diante o cenário apresentado pela pandemia da *coronavirus disease* (COVID-19), algumas entrevistas ocorreram de modo remoto, por meio de plataformas de videoconferência, com gravação apenas de áudio. A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2020 e janeiro de 2021.

O momento das entrevistas, seja presencial, seja por videoconferência, foi agendado previamente em horário e local convenientes aos(às) participantes. Após os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa, solicitou-se assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).

No caso de entrevistas realizadas por videoconferência, o TCLE foi disponibilizado em ambiente virtual, por meio da plataforma *Google Forms*. O endereço eletrônico do TCLE virtual foi compartilhado com o(a) participante da pesquisa, que selecionou o campo de consentimento pós informação, concordando com sua participação na pesquisa.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. O sigilo das informações advindas das entrevistas foi garantido. Os dados de gravação e transcrição de entrevistas estão armazenados no computador da pesquisadora, o qual apenas ela faz uso e possui senha de acesso, e ficarão armazenados pelo período mínimo de 5 anos após o término da pesquisa. Após esse período os dados serão arquivados, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

O método utilizado para análise do material oriundo das entrevistas foi a análise de conteúdo (BARDIN, 2016), mediante o uso da análise temática, e pode ser caracterizado como um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam às comunicações e busca a superação das incertezas e o enriquecimento da leitura.

A análise de conteúdo temática, em uma perspectiva qualitativa, “[...] indica quais são os valores de referência e modelos de comportamento presentes no discurso” (BARDIN, 2016, p. 81). Procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. Consiste em identificar os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação, e cuja presença possa ter significado para o objeto escolhido.

De tal modo, as unidades de sentido presentes nas entrevistas foram identificadas e categorizadas em temas como modo de organizar, realizar associações, descrever e analisar os

dados (O'LEARY, 2019). É importante ressaltar que as etapas descritas são interconectadas e foram revisitadas ao longo do processo de análise.

De acordo com o método proposto, após transcrição das entrevistas e organização das informações obtidas, foi realizada uma leitura “flutuante”, que consiste na primeira aproximação com os elementos a serem analisados. Nesse primeiro contato, orienta-se conhecer o texto e deixar-se invadir por suas impressões e orientações. O que possibilita a construção das primeiras hipóteses (BARDIN, 2016).

Após a leitura “flutuante”, com a identificação dos “núcleos de sentido” foi iniciada a categorização, etapa definida enquanto “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia)” (BARDIN, 2016, p. 145).

A partir da categorização foram produzidas inferências sobre os “núcleos de sentido”. Permitindo o deslocamento da descrição para a interpretação dos conteúdos das mensagens e tornando possível a interpretação e compreensão teoricamente significativa dos conteúdos da comunicação (BARDIN, 2016).

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Este estudo é parte do projeto de pesquisa *Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da rede Pernambuco/Bahia*, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Pernambuco – FACEPE (Edital PPSUS nº10/2017, APQ-0561- 4.06/17). Possui aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número de CAEE: 04186917.2.3001.5421.

A realização da presente pesquisa obedece aos preceitos éticos da Resolução 466/12 e da 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, respeitando ainda os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Comprometeu-se a garantir, a todos os(as) participantes, a explicação sobre seus objetivos, além de assegurar o sigilo e a privacidade das informações obtidas durante o estudo.

Os riscos relacionados à pesquisa incluíram o receio ou desconforto frente ao processo de adoecimento e a exposição de articulações realizadas para garantia do acesso assistencial. Estas situações foram amenizadas com a garantia do sigilo e do não julgamento, considerando-se que o estudo visa, sobretudo, a produção de conhecimento.

Diante da necessidade, foi ofertada uma escuta e acolhimento. Os(as) participantes foram informados que podiam desistir de sua colaboração, sem qualquer prejuízo profissional ou pessoal, caso o incômodo persistisse.

No que concerne aos benefícios, esse estudo pode colaborar para ampliação da compreensão dos(as) usuários(as) acerca da linha de cuidado em oncologia na Rede PE/BA e, por conseguinte, aproximá-los(as) da compreensão do direito ao acesso à saúde, e assim os fortalecer enquanto cidadãos(as). E por fim, pretende contribuir no âmbito acadêmico, por meio de publicações científicas.

## 5 RESULTADO E DISCUSSÃO

### 5.1 ARTIGO - TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL DE USUÁRIOS(AS) DA REDE INTERESTADUAL PERNAMBUCO/BAHIA NA LINHA DE CUIDADO EM ONCOLOGIA: CONSIDERAÇÕES SOBRE O “AGIR LEIGO” E A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

#### INTRODUÇÃO

A garantia do acesso e integralidade da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e especialmente, no contexto da regionalização, exigem arranjos e pactuações que abarquem as questões que extrapolam as capacidades específicas e os limites geográficos definidos pelos entes federados (LEAL *et al.*, 2019). Nesse cenário, a organização jurídico-administrativa, as responsabilidades sanitárias e o custeio das ações e serviços de saúde, destacam-se como desafios principais (PEREIRA, 2017).

Redes intermunicipais e interestaduais surgem no SUS como alternativas para a vivências nos territórios e apontam caminhos possíveis para a regionalização (ALBUQUERQUE; VIANA, 2015). Uma dessas alternativas é a Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco, denominada neste estudo como Rede PE/BA.

O aprimoramento dos processos de trabalho, dos mecanismos e estratégias de gestão nas regiões de saúde e demais arranjos organizativos requerem alguns instrumentos fundamentais. Dentre eles evidencia-se a regulação em saúde, compreendida como a capacidade de alterar ou orientar a execução do processo de prestação de serviços (SANTOS; MERHY, 2006).

Embora possa ser identificada na saúde pública em períodos anteriores à criação do SUS, a regulação obteve na Política Nacional de Regulação do SUS (BRASIL, 2008), a reafirmação e delimitação do seu papel como ferramenta para alcance das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo (FIGUEIREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ, 2019).

Para avançar na ampliação do acesso e na construção da integralidade da assistência, faz-se necessário uma organização que articule a regulação de ações e serviços de saúde com a real produção de redes de cuidado, o que implica a existência de dispositivos que integrem e

coordenem uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010) em constante movimento e transformação (BADUY *et al.*, 2011).

Diante das dificuldades que a regulação governamental apresenta em responder algumas das necessidades em saúde da população, o “agir leigo”, componente da regulação leiga, surge como recurso dos(as) usuários(as) para a garantia do acesso assistencial. É construído a partir de um conhecimento prático, de um saber compartilhado por outros atores ou desenvolvido pelas experiências e observações sobre como conseguir, por meio dos recursos pessoais, o acesso ao cuidado em saúde que julgam necessário. Para isso, utilizam-se do aparato médico-hospitalar-ambulatorial, público ou privado, com criatividade e organização (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014; MENESES *et al.*, 2017).

Considerando aspectos relacionados à regulação governamental, à regulação leiga, e, à complexidade destes processos, torna-se fundamental compreender os caminhos alternativos a uma regulação que se distancia da possibilidade de atender às reais necessidades em saúde da população. Frente ao exposto, este artigo tem como objetivo analisar a trajetória assistencial de usuários(as) da linha de cuidado em oncologia e sua relação com a regulação assistencial na Rede PE/BA.

## **MÉTODO**

Esta pesquisa foi desenvolvida com uso da modalidade estudo de casos múltiplos, que contempla a investigação de casos dentro de um contexto contemporâneo da vida, em tempo e lugar determinado, proporcionando uma compreensão aprofundada e análise detalhada. Nesta modalidade, os casos elegidos apresentam perspectivas distintas sobre o problema em investigação. Por estar voltado a compreensão de um fenômeno e não apenas aos casos em si, configura-se do tipo instrumental (CRESWELL, 2014).

A depender de sua tipologia, o câncer tem o potencial de cumprir os critérios para condição traçadora (KESSNER, KALK & SINGER, 1973; TANAKA *et al.*, 2019). Neste estudo foi utilizado para a construção da trajetória assistencial dos(as) usuários(as), por possibilitar a aproximação com questões relativas ao acesso, regulação e organização da rede assistencial.

Esse agravo foi contemplado nas diretrizes da estruturação da assistência da alta complexidade presentes no projeto de implementação da Rede PE/BA (PERNAMBUCO-BAHIA, 2009) e identificado pela gestão estadual como problema de saúde prioritário.

A Rede PE/BA é produto da realidade dos territórios e da articulação entre pessoas, ações e serviços de saúde, sobretudo de urgência e emergência, entre os 53 municípios que compõem a IV Macrorregião de Saúde de Pernambuco e a Macrorregião Norte da Bahia. Em sua composição possui mais de 800 estabelecimentos de Saúde e cerca de 2 milhões de habitantes (PEREIRA, 2017).

Participaram da pesquisa 08 usuários (as) do SUS, residentes de municípios componentes da Rede PE/BA, que finalizaram ou estavam em tratamento oncológico em unidades hospitalares de referência da rede, localizadas nas cidades de Petrolina-PE e Juazeiro-BA. Esses usuários(as) foram indicados(as) por profissionais da Rede PE/BA.

Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados entrevistas semiestruturadas conduzidas por roteiros específicos e um diário de campo, com impressões e observações da pesquisadora. As entrevistas ocorreram em locais indicados pelos (as) participantes no período entre novembro de 2020 e janeiro de 2021, de forma presencial e virtual, após os devidos esclarecimentos e assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido. Alguns(as) usuários(as), nas entrevistas presenciais, estiveram acompanhados por familiares, que auxiliaram a narrar suas trajetórias.

Para garantia do anonimato, todos(as) os(as) participantes da pesquisa foram identificados(as) por nomes de pássaros que possuem comportamento migratório. A escolha dos pássaros está diretamente relacionada aos elementos de maior evidência em cada relato, sendo eles: Andorinha, Arribaça, Arutau, Batuíra, Garça, Maçarico, Sabiá e Suiriri.

Na primeira parte dos resultados e discussão deste artigo, será apresentada de forma detalhada a trajetória assistencial de Andorinha (pássaro reconhecido mundialmente por sua migração), para ilustrar os percursos de usuários(as) da Rede PE/BA na linha de cuidado em oncologia. Elegeram-se este caso pelas características de sua trajetória assistencial, marcada pela perambulação e grande número de serviços procurados até a confirmação diagnóstica e início de tratamento. A segunda parte dos resultados e discussão apresentará as categorias de análise que emergiram das trajetórias assistenciais. Neste estágio da análise foram consideradas as falas de todos(as) os(as) entrevistados(as) da pesquisa.

A análise do material foi realizada por meio da análise de conteúdo temática (BARDIN, 2016). Em uma perspectiva qualitativa “[...] indica quais são os valores de referência e modelos de comportamento presentes no discurso” (BARDIN, 2016, p. 81) por meio da identificação dos núcleos de sentido que compõem a comunicação, e cuja presença possa ter significado para o objeto escolhido.

Os núcleos de sentido foram categorizados em temas, como modo de organizar, realizar associações, descrever e analisar os dados (O'LEARY, 2019). A partir da categorização produziram-se inferências, o que permitiu o deslocamento da descrição para a interpretação dos conteúdos, possibilitando compreensão teoricamente significativa (BARDIN, 2016).

As categorias temáticas que emergiram após análise e foram trabalhadas neste artigo estão destacadas a seguir: A desafiadora procura pelo cuidado; A saga do diagnóstico; A complexa relação público-privado nas trajetórias assistenciais; A função protetora e resolutive da rede de apoio; A distância geográfica como limitante para o cuidado; Percepções sobre a (Des)organização da rede assistencial.

Este estudo é resultado de dissertação de mestrado e faz parte do projeto de pesquisa “Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da rede Pernambuco / Bahia”<sup>1</sup>, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número de CAEE: 04186917.2.0000.5208. Não há conflitos de interesses a declarar.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O grupo de entrevistados foi composto por 02 homens e 06 mulheres, com idade entre 25 e 78 anos. Os diagnósticos dos(as) participantes, por tipo de câncer, foram: mama (03), intestino (01), rim (01), cólon e reto (01), ovário (01) e próstata (01). Conforme sinalizado, o caso Andorinha será apresentado de modo detalhado para ilustrar suas trajetórias assistenciais.

### **Descrição do caso Andorinha**

Andorinha é uma mulher de 70 anos de idade, residente na periferia de Petrolina-PE, analfabeta funcional e aposentada. Possui diagnóstico de câncer renal e no período do estudo, estava em tratamento oncológico no Hospital Regional, em Juazeiro - BA.

A entrevista ocorreu em sua residência, cuja localização foi encontrada com dificuldade. Por duas vezes ela telefonou corrigindo as informações sobre seu endereço. Essa confusão gerou dúvidas sobre sua capacidade de descrever sua trajetória assistencial.

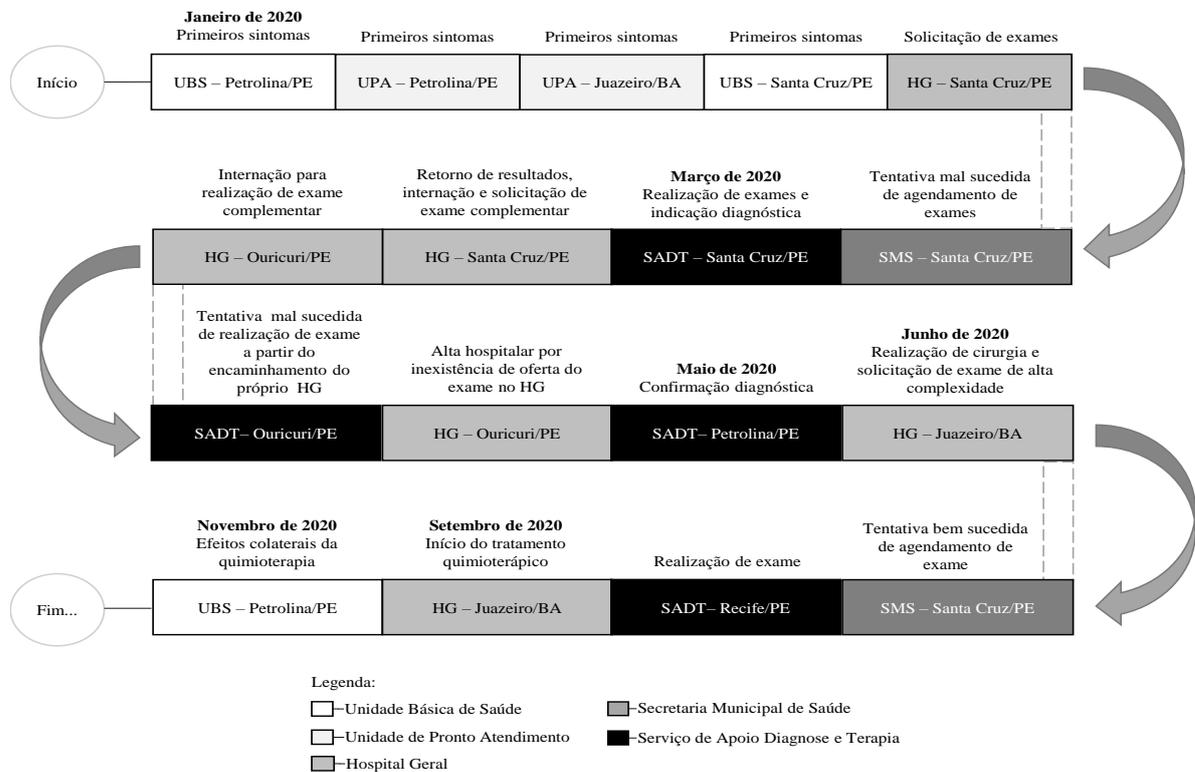
Tal impressão foi desconstruída rapidamente. Orientada e muito ativa, Andorinha iniciou um relato minucioso, incluindo nomes e datas, onde, no primeiro momento, falou por cerca de uma hora sem interrupções.

Sua trajetória foi marcada por grandes dificuldades e experiências negativas na procura por assistência à saúde. Teve receio de que os médicos soubessem sobre o que falou durante a entrevista e a maltratassem ou a deixassem sem cuidado, momento em que foi mais uma vez informada sobre o sigilo e decidiu dar continuidade ao relato. Apreensiva sobre o seu diagnóstico, reafirmou a sua vontade de viver, presente em cada tentativa da complexa trajetória assistencial apresentada a seguir.

### Trajетória assistencial de Andorinha

Andorinha fabricou ativamente seu mapa de cuidado. Em sua trajetória, procurou por serviços de diferentes complexidades e em diversos territórios, conforme demonstrado na figura 1.

**Figura 1 - Trajetória Assistencial de Andorinha**



Fonte: A autora (2022).

O trajeto de Andorinha iniciou na Unidade Básica de Saúde (UBS) e seguiu pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) em Petrolina-PE e também em Juazeiro-BA, municípios de grande porte e sedes das Macrorregiões de Saúde de seus respectivos estados. Nesses serviços, implorou por cuidado em forma “*de um sorinho, nem que seja do pequeno*” e pela indicação de exames para saber o motivo de sua agonia, mas foi apenas medicada.

Não observando melhoras, procurou assistência na cidade de Santa Cruz-PE, município de pequeno porte, onde residiam alguns familiares. Na UBS, recebeu prescrição de medicamentos que não solucionaram seus problemas. Alguns dias depois procurou o Hospital Municipal (HM), neste estabelecimento sua demanda por exames foi enfim atendida.

Após tentativa frustrada de agendamento junto a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizou exames em Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) do setor privado com apoio financeiro do seu irmão, onde tomou ciência da indicação diagnóstica de câncer.

Devido a sua condição grave e necessidade de realização de exame mais complexo, foi transferida pelo HM para internamento no Hospital Regional (HR) localizado em Ouricuri, município sede de uma Região de Saúde de Pernambuco. No HR ficou 8 dias em uma maca e basicamente em jejum, condição informada como necessária para realização do exame. Durante esse período, foi encaminhada pelo HR a um Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT) privado no mesmo município, onde foi informada que o exame não estava disponível para agendamento.

Ainda hospitalizada, Andorinha recebeu visita de sua filha. Ao observar a situação em que sua mãe se encontrava, resolveu intervir e questionar os(as) profissionais do HR. Na terceira solicitação de alta hospitalar, encontrou um médico que não exigiu assinatura do termo de responsabilidade, ao perceber que o exame que Andorinha aguardava realizar não era ofertado pelo estabelecimento e nem disponibilizado em outro serviço, público ou privado, do município.

Andorinha voltou para Petrolina-PE, onde, enfim, realizou o exame com apoio financeiro do ex-marido. Após o resultado, que confirma o diagnóstico de câncer renal, o namorado da sua sobrinha, médico em município sede da Rede PE/BA, no lado baiano, consegue agendar consulta no Hospital Regional, em Juazeiro-BA (HRJ).

No dia da consulta, já foi internada para aguardar a cirurgia. Durante o período pré e pós cirúrgico esteve sem acompanhante, dada a indisponibilidade das filhas, que não foram liberadas do trabalho, e a situação da pandemia da COVID-19, crescente no período. Ficou aliviada por ter conseguido realizar a cirurgia rapidamente.

Queixou-se de dores e após avaliação médica, precisou realizar um exame de alta complexidade. Orientaram-na que este exame deveria ser agendado pela SMS do município de residência. Por constatar em sua experiência que em Petrolina-PE não conseguiria agendamento em tempo hábil, decidiu voltar à Santa Cruz-PE, onde solicitou ajuda à SMS e conseguiu agendamento em um SADT conveniado ao SUS em Recife-PE. Seu deslocamento e hospedagem foram garantidos por Santa Cruz-PE. Após resultado, iniciou quimioterapia no HRJ.

Retornou à UBS do seu bairro devido aos efeitos colaterais da quimioterapia. Desviou do fluxo formalmente estabelecido para marcação de consultas pela UBS (regulação governamental) e conseguiu agendamentos sem marcação prévia devido a sua condição clínica. Negou-se a levar os resultados dos exames para a médica da UBS, por considerar que ela não a ajudou quando precisou. Ao ser atendida, Andorinha pediu novamente por “*um sorinho*”, para acabar com seu sofrimento.

### **Categorias temáticas**

A seguir, serão apresentadas as categorias temáticas que emergiram das trajetórias assistenciais de todos (as) os (as) entrevistados (as) da pesquisa.

#### **A desafiadora procura pelo cuidado**

A experiência de procura pelo cuidado por parte dos(as) usuários(as) apresentou diferentes posturas, com níveis distintos de iniciativa e autonomia na construção de suas trajetórias assistenciais.

Identificaram-se usuários(as) “fabricadores(as)”, caracterizados(as) como transgressores(as) da norma (regulação governamental definida pela gestão) e autônomos (as) na construção do autocuidado. Suas trajetórias são marcadas pela presença do “agir leigo”, componente dos regimes regulatórios leigos, que se utilizam de recursos cognitivos (saber da experiência), relacionais (redes sociais diversas) e econômicos (rendimentos que permitam comprar os bens em saúde) na resolução dos problemas de saúde (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

Os(as) “fabricadores(as)” caracterizam-se como capazes de mobilizar o saber e as vivências acumuladas e produzir um modo de agir que se constitui e opera no campo denso da

racionalidade médica governamental (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014), como observado no caso Andorinha.

*Porque tem que ir de madrugada [...] pra pegar ficha pra poder marcar. Ai eu não vou. Não vou de madrugada, ninguém pega ficha pra mim. Eu mesmo vou é de manhãzinha fazer isso, porque eu doente desse jeito. Quando cheguei lá, peguei o cartão do SUS e dei a ela: ‘minha filha, ajeite aqui pra mim, pra passar na médica. Quero falar com ela pra ver se passa um soro pra mim, porque tô fraca, não tô me aguentando’ (Andorinha).*

Para Cecílio, Carapinheiro e Andrezza (2014), outra tipologia contempla os(as) usuários(as) “fabricados(as)”. Configuram-se o tipo ideal, são disciplinados, guiados pelos circuitos racionais da gestão e não produzem curto-circuito ou facilitações nos fluxos estabelecidos. Neste estudo não foram identificados usuários(as) que se enquadrem totalmente nesta tipologia, mas identificaram-se trajetórias menos ativas, construídas por uma regulação leiga de baixa intensidade.

O caso Batuira apresentou pouca iniciativa para o autocuidado e dependeu, na maioria das vezes, do estímulo ou decisão de componentes de sua rede social de apoio para produção de sua trajetória. Essa postura parece estar associada a questões relativas não apenas ao papel que ocupa, mas também à representação social e simbólica do câncer (CABRAL M. *et al.*, 2019; SOARES *et al.*, 2019).

*Aí ela (esposa) disse, você precisa ir no médico, só que homem é teimoso né? Eu sem querer. Aí graças a Deus, ela marcou uma consulta pra um filho meu e disse, “olha, você precisa ir no médico, eu marquei uma consulta pro Gabriel mas quem vai é você”. (Batuira)*

O acompanhamento das trajetórias assistenciais nos sistemas de saúde tem sido utilizado como metodologia para estudo da articulação da rede de cuidado nos diversos níveis de atenção à saúde (SILVEIRA *et al.*, 2008; CARVALHO, O’DWER E RODRIGUES, 2018; BARROS *et al.*, 2019; CABRAL M. *et al.*, 2019; GALVÃO *et al.*, 2019).

Pode-se considerar que alinhadas ao “agir leigo”, as trajetórias assistenciais demonstram as alternativas que os(as) usuários(as) elegem como adequadas para responder às suas questões de saúde, uma vez que resgatam a dimensão da vivência individual nos processos de cura (TAVARES; BONET, 2008; SOARES *et al.*, 2019). Esses percursos também apresentam as tentativas de superação das limitações impostas pelas regras e normativas estabelecidas pela gestão, e que muitas vezes, por não dialogarem com a real

produção do cuidado, constroem barreiras para o acesso assistencial (BERTUSSI *et al.*, 2016; BARROS *et al.*, 2019; CABRAL M. *et al.*, 2019; GALVÃO *et al.*, 2019; ALMEIDA, ALMEIDA E MELO, 2020).

As trajetórias assistenciais dos(as) participantes da pesquisa apresentaram as estratégias desenvolvidas frente as limitações para o acesso assistencial na Rede PE/BA, especialmente no que diz respeito ao processo de confirmação diagnóstica.

### **A saga do diagnóstico**

O apoio diagnóstico e o acesso a especialistas foi classificado como um desafio significativo para todas as trajetórias com maior composição de serviços públicos de saúde. A definição do diagnóstico ocupa um lugar de excepcional relevância, além de simbolizar uma mudança significativa na vida pessoal de cada um(a), configura-se como condição para o início do tratamento oncológico.

Na experiência de Andorinha, foi observada dificuldade tanto para conseguir indicação médica de exames, quanto para realização dos mesmos. Evidencia, elementos referentes a postura dos profissionais de saúde frente às necessidades dos(as) usuários(as) (MALVEZZE *et al.*, 2021) e a necessária organização e ampliação do acesso aos SADT, com oferta equânime e em tempo oportuno (LANDIM, GUIMARÃES E PEREIRA, 2019; BARROS *et al.*, 2019; ALMEIDA, ALMEIDA E MELO, 2020).

*Ele (médico) disse 'vou lhe dar agora, você vai na Secretaria de Saúde pra marcar esse exame' [...] Ai esperei e nada desse exame aparecer. Ai fui e falei com meu irmão, aí ele disse: 'vai, eu dou o dinheiro pra você fazer' [...] Quando marcou, que fiz o exame [...] tava com câncer (Andorinha).*

Em oposição ao caso de Andorinha, alguns relatos enfatizaram a rapidez para diagnóstico, como exemplificado por Batuira.

*Foi tão rápido que eu mesmo fico maravilhado. Porque pelas pessoas que a gente já tem amizade e que passou os processos de doença e enfermidade, encontraram muitas dificuldades (Batuira).*

Apenas um caso, em condição de urgência, teve o diagnóstico realizado no setor público. Ressalta-se que a indicação partiu de uma profissional do setor privado, por indisponibilidade, em tempo hábil, do atendimento especializado no SUS.

*Porque ela foi já estava grave, entendeu? Não tinha mais como mãe esperar mais. Como o caroço estourou, no caso, virou uma ferida. Ela fez a cirurgia de emergência. (filha de Arutau, sobre tempo do diagnóstico)*

Esses relatos apresentam dificuldades para o acesso assistencial e constataam fragilidades no contexto da Rede PE/BA. Para Levesque, Harris e Russel (2013), o acesso assistencial pode ser definido como a oportunidade de atender às necessidades de saúde. Esta definição abarca uma concepção ampliada e complexa sobre o acesso, que implica a análise de fatores relativos às características do sistema de saúde (oferta assistencial), dos(as) usuários(as) (capacidade de perceber, procurar, alcançar, pagar e se envolver) e relativas às maneiras de realização do acesso. Considera, portanto, a possibilidade de identificação das necessidades em saúde, a busca pelos serviços de saúde, a utilização dos serviços, e, o real atendimento destas necessidades.

A fragilidade da oferta de consultas especializadas e exames de apoio diagnóstico constatada na Rede PE/BA, pode resultar em trajetórias com grande perambulação e atrasar consideravelmente o início do tratamento, o que gera desgaste físico, emocional e impactos financeiros. Uma vez que a indisponibilidade em tempo hábil no SUS, impulsiona o uso de serviços da rede privada (BARROS *et al.*, 2019; LANDIM, GUIMARÃES E PEREIRA, 2019; GALVÃO *et al.*, 2019).

Em meio a esse cenário, a estruturação da linha de cuidado, usuário-centrada, que garanta acesso em tempo oportuno, continuidade do cuidado e integralidade é essencial e indispensável (CABRAL M. *et al.*, 2019; LANDIM, GUIMARÃES E PEREIRA, 2019).

### **A complexa relação público-privado nas trajetórias assistenciais**

Todas as trajetórias assistenciais foram compostas por serviços públicos e privados, alertando que as relações público-privadas transcendem as concepções oficiais vigentes sobre a separação entre dois subsistemas de saúde, apontando as relações de imbricação e interdependência (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014; MENEZES, 2017).

Por meio dos relatos, compreende-se que a procura pelo setor privado é inevitável diante da não resolução das necessidades no setor público, das insatisfações diante da assistência prestada (GALVÃO *et al.*, 2019; BARROS *et al.*, 2019), ou mesmo do entendimento de que a qualidade diagnóstica e terapêutica do setor privado é superior (CARAPINHEIRO, 2001; MALVEZZI *et al.*, 2021).

A questão financeira, grande problema para alguns casos (Andorinha, Batuíra, Arutau e Arribaça), embora tenha dificultado consideravelmente, não foi uma condição paralisante para a procura por cuidado. Entretanto, exemplifica como o adoecimento é capaz de agravar as iniquidades sociais, principalmente quando a rede assistencial apresenta fragilidades.

Para Andorinha, o setor privado foi utilizado sempre como último recurso, essencial para a manutenção da vida.

*Aí eu tive que pagar particular, porque eu queria viver, eu quero viver (Andorinha).*

Evidências científicas ressaltam a interferência negativa das iniquidades socioeconômicas no tempo oportuno para o acesso assistencial e, por consequência, na confirmação diagnóstica, início do tratamento e sobrevivência ao câncer (CARVALHO, O'DWER E RODRIGUES, 2018; BARROS *et al.*, 2019; CABRAL M. *et al.* 2019); CABRAL A. *et al.*, 2019). Salienta-se ainda que o processo saúde-doença e, conseqüentemente, das desigualdades no estado de saúde, estão de modo geral fortemente atreladas à organização social e tendem a refletir o grau de iniquidade existente em cada sociedade (BARATA, 2016).

Os impactos financeiros do adoecimento no orçamento das famílias é uma realidade concreta (GALVÃO *et al.*, 2019), que pode ser ampliada consideravelmente no contexto das doenças crônicas. Em consequente, a garantia de manutenção da renda, seja por suporte familiar, trabalho ou benefício social, é imprescindível.

Considerar as desigualdades sociais no processo saúde-doença é indispensável a uma proposta de planejamento e execução de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS alinhada com as necessidades em saúde das populações e direcionada à produção de integralidade e equidade (LANDIM, GUIMARÃES E PEREIRA, 2019; FREIRE *et al.*, 2020).

Um dos relatos demonstra a priorização do setor privado em detrimento ao público e utiliza o critério da agilidade do acesso assistencial, fator também observado em outros estudos (GALVÃO *et al.*, 2019; BARROS *et al.*, 2019; MALVEZZI *et al.*, 2021)

*No setor privado você tem uma maior agilidade na forma de atendimento, na forma de exame, né? No setor SUS [...], ele não é tão ruim não, [...] rapidinho eu consegui atendimento. Porém tem gente que não consegue né, [...] eu não consigo entender porque. Mas assim, eu acho que eles podem melhorar [...] e ter aquela rapidez pra ter o exame, porque assim, quem vai fazer um tratamento desse precisa de agilidade. (Maçarico)*

Apenas um(a) participante da pesquisa possuía convênio de saúde. Suiriri, associou-o a compra de serviços de saúde por desembolso direto e ao ofertado pelo SUS.

*[...] precisava fazer a cirurgia com urgência né, não podia demorar muito pelo tamanho (do tumor) e pelas dores que eu estava sentindo (...) Como eu sou professora da rede estadual eu fiz pelo SASSEPE [...]. Paguei pra passar pelo anestesista (...) para agilizar. [...] Eu comecei a quimioterapia janeiro, em abril já estava novamente com a doença. [...] Os exames eu fiz aqui em Petrolina, pelo SUS, [...] e a cirurgia eu fiz pelo SUS também lá em Recife.(Suiriri)*

As relações público-privadas superam concepções sobre a existência de uma distinção nítida entre os sistemas público e privado. Por meio da utilização ativa de um mix público-privado protagonizado pelos(as) usuários(as), o “agir leigo” constrói um percurso para solucionar seus problemas de saúde (MENEZES *et al.*, 2017). Uma estratégia da regulação leiga que contorna os dispositivos da regulação governamental, potencializa o valor de uso dos dois sistemas e diminui a disjunção entre o tempo das necessidades (usuários) e o tempo das possibilidades (gestão), fazendo o(a) usuário(a) criar seu próprio sistema de saúde (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014). Esse processo de fabricação exige mobilizações diversas, nas quais, em todos os casos desta pesquisa, a rede social de apoio ocupou lugar de grande relevância.

### **A função protetora e resolutive da rede de apoio**

A rede social de apoio produz saúde e cuidado em configurações distintas da rede formal de saúde e cumpre uma função imprescindível no enfrentamento ao câncer, condição complexa que envolve múltiplas dimensões, sendo elas, físicas, sociais, econômicas, subjetivas e existenciais (CABRAL M. *et al.*, 2019). Para os(as) participantes do estudo, está centralizada na família, com participação de amigos(as) e comunidades religiosas. Foi responsável por viabilizar e fortalecer o processo de cuidado, por meio da articulação para o acesso assistencial (seja por arenas formais ou informais), a disponibilização de suporte emocional, espiritual e financeiro, concordando com os achados de outras pesquisas (GALVÃO *et al.*, 2019; CABRAL M. *et al.*, 2019; SOARES *et al.*, 2019). Conforme exemplo de Garça.

*A minha filha foi o anjo da minha vida. Foi ela quem abriu as portas. Se eu não tivesse ela, eu tivesse que enfrentar tudo [...] não teria sido fácil a minha vida (Garça).*

Outros casos evidenciam o apoio dos empregadores, incluindo o financeiro, como evidenciado por Batuíra.

*Mas assim o que mais me fortaleceu em todas essas situações, que foi como se fosse uma coluna na minha vida, foi a minha patroa mais o meu patrão. [...] Eles ajudavam a pagar os exames, o que fosse preciso. E assim, se eles tivessem um contato com um médico ou alguém conhecido no Regional, eles faziam o contato, 'olha nós temos um amigo, funcionário nosso, será que vocês poderiam ver pra ser mais rápido?'. Se desse, os médicos atendiam. Mas graças a Deus, os médicos nunca deram um não, até porque viram que meu caso era de vida ou morte (Batuíra).*

Arribaça conseguiu acesso a cirurgia em outro estado. Demarcando um importante elemento, a presença de atores externos que influenciam no acesso assistencial.

*Então eu tenho contato com um pessoal lá no Ceará, uma amiga minha e os meus irmão moram tudo lá [...]. Ai eles disseram 'venha para aqui que a gente encaminha tudo isso, pegue os exames aí'. [...] Ai eu consegui fazer a cirurgia. Só que através dele, dos amigos desse rapaz que era candidato a vereador de Juazeiro (Ceará) que ganhou, então ele conseguiu pra mim mais cedo. (Arribaça)*

A interferência de forças políticas locais no funcionamento do SUS, compõe o regime de regulação denominado como político-clientelista, que faz uso da saúde para favorecimento de projetos político-partidários-eleitorais individuais, e possui a pressão e a barganha por apoio político, em formato de voto, como principais modos de operação. Essa realidade, embora possa resultar no acesso assistencial de usuários(as) em alguns casos (GALVÃO *et al.*, 2019), apresenta o potencial de se configurar como uma importante força anti regulatória e antidemocrática, por consequência de seus mecanismos de operação, fragilizando a construção de um processo regulatório voltado para a garantia dos princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

**A distância geográfica como limitante para o cuidado**

Outra questão emergente nos casos, diz respeito às dificuldades encontradas para acesso a serviços fora do município ou região de residência, como exposto por Maçarico.

*Aí eu tomei a primeira quimio e vim mimbora [...] São 623Km de Recife pra Ouricuri [...] Tava doida pra chegar em casa. Nunca tinha me separado das minhas filhas e eu já tava morrendo de saudade delas. Só que aí no meio do caminho eu passei mal, o motorista disse que era pra me levar pro hospital, mas quando eu olhei pra trás eu vi um ônibus lotado de gente e todo mundo doido de vontade de ir pra casa. Aí naquele momento eu não pensei só em mim [...] eu tomei uma água de coco, a gente esperou um pouquinho e veio de lá pra cá, mas foi uma viagem muito difícil (Maçarico).*

A necessidade de estruturação da RAS é sentida pelos(as) usuários(as) no decorrer de suas trajetórias. As grandes distâncias geográficas necessárias ao tratamento radioterápico e/ou cirúrgico, centralizados majoritariamente nas capitais estaduais, acrescentaram novos desafios a alguns casos.

*[...] devia ter em Petrolina, porque todos os pacientes são encaminhados pra Recife, outros pra outras capitais. No meu caso, eu não queria ficar aqui na Bahia, já que eu tinha iniciado tudo em Recife eu não queria ir pra Salvador (Garça).*

As diferenças nas estruturas das Macrorregiões/Regiões de Saúde relacionam-se com os diferentes perfis demográficos, situação epidemiológica, desigualdades socioeconômicas, vazios assistenciais e má distribuição dos recursos físicos, financeiros e humanos em cada território (TEIXEIRA, 2019).

Os relatos retomam a importância do fortalecimento da regionalização em saúde, com ampliação e equalização do acesso aos cuidados à saúde, efetivação e hierarquização da rede de atenção à saúde, racionalização e otimização de recursos, e adequação da capacidade de resposta às diversas realidades sanitárias do território nacional (RIBEIRO, 2015).

A produção da equidade territorial é sinalizada por Viana e Iozzi (2019) como o maior desafio para concretização da integralidade no SUS, o que implica o desafio transversal e estrutural de um “planejamento regional de natureza ampliada, capaz de reunir agentes estratégicos para o enfrentamento das históricas desigualdades territoriais que perpassam distintos aspectos da formação brasileira” (p. 7). Desafio ao qual, no contexto da Rede PE/BA, agregam-se novos elementos.

### **Percepções sobre a (Des)organização da rede assistencial**

A RAS foi proposta como estratégia para superação da fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde. Porém, sua constituição enfrenta quatro desafios principais: a efetivação de um modelo de atenção integral, o fortalecimento da atenção primária, o adequado cuidado aos usuários com doenças crônicas e o acesso à assistência hospitalar (VIANA *et al.*, 2018).

Andorinha construiu sua trajetória a partir do conhecimento que acumulou sobre o funcionamento da Rede PE/BA. Cabe evidenciar que migrou do município sede de Macrorregião de Saúde onde residia, para outras localidades. Dentre elas se destaca um município de pequeno porte, onde encontrou respostas às suas necessidades.

*Eu fazia as consultas, passavam um remedinho e me mandava pra casa. Se eu não vou pra Santa Cruz, era de hoje que eu tinha se ido, minha filha [...]. Às vezes, quando eu vou aqui (Petrolina) pra precisar de um remédio, não dá certo. [...]. Pra mim só dá em Juazeiro [...] minhas consultas é tudo em Juazeiro (Andorinha).*

Outros relatos, exemplificados por Sabiá, explicitam o desconhecimento sobre a rede assistencial.

*Na hora, para fazer exame, a pessoa fica sem saber para onde ir, aonde correr [...] E eu que sou da área da saúde deveria saber dessas coisas né [risadas]. Mas na hora da correria a pessoa não pensa direito. [...] Também é questão de informação pra onde você tem que ir, quando você precisar. (Sabiá)*

A regulação assistencial, instrumento de fortalecimento da regionalização e organização da oferta assistencial nas Regiões de Saúde (FIGUEIREDO; ANGULO-TUESTA; HARTZ, 2019), apareceu fragilmente nos trajetos dos(as) usuários(as). Sendo notada em alguns casos, a partir do início do tratamento, por atuação dos próprios estabelecimentos hospitalares de referência ou das SMS.

Observou-se que o fluxo formal para o acesso assistencial contemplou apenas os estados de residência dos(as) usuários(as). As exceções a isso ocorreram por meio de costuras e articulações, com participação de outros atores, e foram vistas, nos casos de Andorinha, Garça e Arribaça. Embora essa condição não possa ser generalizada, levanta alguns pontos significativos na discussão sobre a organização da Rede PE/BA.

Considerando que o controle do câncer “implica organização de linhas de cuidado que perpassem todos os níveis de atenção e modalidades de atendimento, em um modelo

assistencial que articule recursos, garantindo acesso aos serviços e tratamentos necessários” (INCA, p. 68, 2020), observa-se que os movimentos do “agir leigo”, compositor das trajetórias assistenciais dos(as) participantes desta pesquisa, indicam a existência de fragilidades na linha de cuidados oncológicos na Rede PE/BA, uma vez que não houve garantia na continuidade do cuidado, protagonizado pelas iniciativas dos(as) usuários(as) e de suas redes de apoio.

Estas características ressaltam a indispensabilidade da estruturação da RAS. O que inclui ações direcionadas “a reestruturação e reorganização dos procedimentos internos de regulação, garantindo o acesso e a equidade dos serviços, apoiados em práticas resolutivas e humanizadoras em saúde” (BASTOS *et al.*, 2020, p. 11), assim como implementação de recursos financeiros e políticas voltadas para melhoria da atenção primária e para o fortalecimento do seu papel na ordenação do cuidado (BARROS *et al.*, 2019).

Críticas sobre o tempo de espera para marcação de consultas e exames estiveram presentes nos casos que vivenciaram a fragilidade na resolutividade dos serviços e dificuldades no acesso assistencial (especialmente SADT). Essa experiência culmina em posicionamentos de descrédito frente ao SUS (CARVALHO, O'DWER E RODRIGUES, 2018; GALVÃO *et al.*, 2019; BARROS *et al.*, 2019), e acrescenta dificuldades às pessoas já fragilizadas pelo adoecimento (CARVALHO, O'DWER E RODRIGUES, 2018).

*Porque eu fiquei com medo pois é SUS. Eu falava 'meu Deus, vou morrer na fila do SUS' [risadas] (Sabiá)*

*[...] eu não me sinto confiante em postinho do bairro não, porque eu já precisei e depois que eu precisei dessa vez e até hoje eu nunca fui chamada [...] (Suiriri)*

O acesso assistencial, em alguns casos, foi oportunizado por interferência direta dos profissionais da Rede PE/BA. Nessas vivências, pode-se observar a existência de uma rede informal de comunicação entre os(as) profissionais de saúde, capaz de proporcionar a assistência necessária aos usuários(as), ainda que em divergência com as determinações da regulação governamental (CECÍLIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014).

Para promover equidade no acesso assistencial a regulação precisa alinhar critérios clínicos às situações concretas e específicas de cada usuário(a) e da própria rede, o que envolve a produção conjunta do cuidado, onde “trabalhadores e os usuários estejam juntos

definindo e decidindo as prioridades e os caminhos a percorrer” (BERTUSSI *et al.*, 2016, p. 355).

A necessidade de fortalecimento da oferta de ações e SADT foi identificada ainda no Projeto de Implementação da Rede PE/BA (PERNAMBUCO-BAHIA, 2009), que definiu as áreas estratégicas e o perfil assistencial da rede hospitalar, mas não especificou as responsabilidades de cada ente federado, nem delimitou recursos necessários, mecanismos de financiamento, monitoramento e avaliação (PEREIRA, 2017).

Segundo Rodrigues *et al.* (2016), o Colegiado Regional Interestadual (CRIE), espaço de governança inovador da Rede PE/BA, não conseguiu formalizar acordos com base nas necessidades da população. O que repercutiu diretamente nas trajetórias aqui exemplificadas e se relaciona às “assimetrias federativas e ao baixo desenvolvimento de relações intergovernamentais entre as instâncias de planejamento/negociação/deliberação – obstáculo posto desde o início da construção do SUS” (VIANA E YOZZI, 2019, p. 8). Esses elementos demarcam a essencialidade da governança regional, cuja análise “possibilita compreender as relações de poder e as estratégias de conexão com as organizações que integram essa rede” (PEREIRA, 2017, p. 128).

A Rede PE/BA aponta que a construção da saúde pública no Brasil precisa ser dinâmica e flexível, permitir e, principalmente, estimular a criação de alternativas para garantia de acesso e integralidade da atenção. Mas, evidentemente, tais iniciativas dependem do suporte técnico, político e financeiro, do cumprimento das pactuações entre os entes federados e do fortalecimento das instâncias colegiadas de gestão interfederativa (PEREIRA, 2017).

Experiências positivas também foram identificadas na Rede PE/BA. A maior satisfação dos(as) usuários(as) esteve relacionada ao tratamento oncológico ofertado pelos estabelecimentos hospitalares de referência. O acesso ao tratamento ocorreu por demanda espontânea dos(as) usuários(as), após confirmação diagnóstica, e foi considerado qualificado e compatível com a maior parte de suas necessidades. Essas características o evidenciam como potencialidade da rede, especialmente para o necessário processo de estruturação da linha de cuidado em oncologia.

Os(as) usuários(as) também referem mudanças de opinião quanto à qualidade da assistência ofertada no SUS, à qual atribuem equivalência aos serviços privados.

*E eu achava que a rádio era diferente, que a prioridade era de quem tava pagando, dos planos, e que o SUS era o último como sempre é no Brasil. Mas não, o tratamento é o mesmo, tanto pra rede privado quanto pro SUS. (Garça).*

*[...] eu ainda fiquei 5 dias internada por causa da cirurgia. Do pessoal da limpeza aos médicos, eu fui muito bem tratada. Muito bem cuidada. Sendo pelo SUS né, e graças a Deus eu tive esse cuidado [...] eu esperava uma coisa ruim, né. Que não ia ser uma coisa boa, que era do SUS, e eu era de outra cidade. Eu fui meio assustada, tão assustada que eu chorava tanto pela doença como sem saber como é que ele ia ser lá. E foi totalmente diferente. Eu gostei muito do atendimento [...]. (Suiriri)*

Tais relatos, somados aos anteriores, exemplificam a coexistência de perspectivas distintas de um mesmo sistema, que pode atender ou não às necessidades, a depender das experiências relativas a níveis de complexidade e aos serviços específicos (MALVEZZE *et al.*, 2021).

Considerando que a complexa organização do SUS, especialmente em um contexto como o da Rede PE/BA, implica a invenção permanente de estratégias inovadoras em coerência com as necessidades de saúde da população (CABRAL, M. *et al.*, 2019; FREIRE *et al.*, 2020). Cabe evidenciar que, em suas trajetórias assistenciais, os(as) usuários(as) não apenas apontam elementos constitutivos da Rede PE/BA, mas colaboram para a construção de alternativas para sua qualificação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Mediante as dificuldades que a regulação governamental apresenta em responder algumas das necessidades em saúde, o “agir leigo” surge como recurso para a garantia do acesso assistencial, auxilia na composição das trajetórias assistenciais dos(as) usuários(as) e por consequência, apresenta a potencialidade de contribuir para qualificação da regulação governamental.

No contexto da Rede PE/BA, os percursos para o cuidado demonstraram: dificuldades no acesso às consultas especializadas e aos exames de apoio diagnóstico; composição público-privada; a função resolutiva indispensável da rede social de apoio; os desafios das distâncias geográficas; a frágil presença da regulação assistencial; existência de fragilidades na linha de cuidado em oncologia; e o tratamento oncológico como potencialidade.

Os casos destacam a necessária estruturação da linha de cuidado em oncologia na Rede PE/BA e evidenciam a importância do fortalecimento da regionalização em saúde para garantia do cuidado integral, em tempo oportuno e o mais próximo possível do(a) usuário(a).

O presente estudo apresenta as limitações referentes ao seu desenho metodológico e ao contexto específico em que foi desenvolvido. Não abarca todas as dimensões e complexidades da Rede PE/BA, mas pretende suscitar o debate e estimular a realização de novos estudos sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 28-38, 2015. DOI <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005390>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010311042015000500028&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000500028&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 02 abr. 2020.

ALMEIDA, Mônica Morrissy Martins; ALMEIDA, Patty Fideliis; DE MELO, Eduardo Alves. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 24, n. suppl.1, p. 1-16, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/Interface.190609>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/RdJtpXWzLn4rX6xtjTbswcm/?lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2021.

BADUY, Rossana Staevie; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; ZUCOLI, Marlene; BORIAN, Joelma Teixeira. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200011>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2011000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000200011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 4 dez. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1. ed. São Paulo: Edições 70. 2016.

BARROS, Ângela Ferreira *et al.* Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas no Distrito Federal, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.] , v. 53, p. 14, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000406>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SG7wxd3pQFJDWbSxkBQgvYr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2021.

BASTOS, Luzia Beatriz Rodrigues *et al.* Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Revista Saúde Pública**, [S. l.] , v. 54, p. 25, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001512. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102020000100221&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100221&lng=pt). Acesso em: 30 ago. 2021.

BERTUSSI, Débora Cristina *et al.* Arranjos regulatórios como dispositivos para o cuidado compartilhado em saúde. *In: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz et al. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes.* 1. ed. Rio de Janeiro: Heixis, 2016. v. 2, p. 354-364. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DZnVqGqSYkbnXQ93D4tbZYN/?lang=en>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf). Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.989, de 23 de setembro de 2008. Constitui Grupo de Trabalho para Implementação da Rede de Atenção à Saúde Interestadual na Macrorregião do Vale do Médio São Francisco, compreendendo as regiões de Juazeiro – BA e de Petrolina – PE. 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1989\\_23\\_09\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1989_23_09_2008.html). Acesso em: 27 nov. 2019.

CABRAL, Mariana Pompílio Gomes *et al.* “Ter câncer mudou minha vida”: cartografia de Luiza na micropolítica das redes de cuidado oncológico. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 03, p. 1-21, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290318>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Jhh9PjDnCbShDjz7KTphcd/?lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2021.

CABRAL, Ana Lúcia Lobo Vianna *et al.* Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 613-622, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.31672016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/z5mz8Tp7w56HXHycNX6pdZp/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2021.

CARVALHO, Priscila Guedes de; O'DWER, Gisele; RODRIGUES, Nádia Cristina Pinheiro. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 687-701, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811812>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/X8ZMKpZzjnmsyvT6QvzdthK/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2021.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira; CARAPINHEIRO, Graça; ANDREAZZA, Rosemaire. **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

CRESWELL, John. W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre Cinco Abordagens.** Tradução de Dirceu da Silva e Sandra Mallman da Rosa. 3ª Ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

CARAPINHEIRO, Graça. Inventar percursos, reinventar realidades doentes, trajetórias sociais e realidades formais. **Etnográfica**, Lisboa, v. V, n. 2, p. 335-358, 2001. Disponível em: [http://ceas.iscte.pt/etnografica/2001\\_05\\_02.php](http://ceas.iscte.pt/etnografica/2001_05_02.php). Acesso em: 30 jan. 2020.

FIGUEIREDO, Tatiana Aragão; ANGULO-TUESTA, Antônia; HARTZ, Zulmira. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290215>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312019000200613&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200613&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 dez. 2019.

FREIRE, Mariana P. *et al.* Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 29, n. 3, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190682>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Jv5n68crwRBRtNwZm9jsxzK/?lang=pt#>. Acesso em: 16 jan. 2021.

GALVÃO, José Ribas *et al.* Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-31100004119>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4xWSLQqQhbFxfVHQ6MB4JtR/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**. – 6. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2020.

KESSNER, David. M.; KALK, Carolyn. E; SINGER, James. Assessing health quality. The case of tracers. **New England Journal of Medicine**, Washington, v. 288, p.189-193, 1973.

LANDIM, Edivânia Lucia Araujo Santos; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 161-173, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S514>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TCrWbZxNLV8sfjg5r9TxkTg/?lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2021.

LEAL, Eliane Maria Medeiros *et al.* Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 128-142, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180956>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902019000300128&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300128&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 abr. 2020.

LEVESQUE, Jean Frederic; HARRIS, Mark F; RUSSELL, Grant. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **Int J Equity Health**, v. 12, n. 18, 2013. DOI <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18#citeas>. Acesso em: 11 ago. 2021.

MALVEZZI, Edson *et al.* Apropriação social do Sistema Único de Saúde: ouvindo a voz dos usuários. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 25, n. e200291, p. 1-16, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/interface.200291>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/bfmJYD4YgSH7dCPfN8qPKdp/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2021.

MENESES, Consuelo Sampaio *et al.* O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2013-2024, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14822016>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232017002602013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002602013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 dez. 2019.

O'LEARY, Zina. **Como fazer seu projeto de pesquisa**: guia prático. Tradução: Ricardo A. Rosenbush. Petrópolis, RJ. Vozes, 2019.

PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes. Redes interestaduais de saúde. **Redes interestaduais de saúde**: o caso da rede de atenção à saúde Pernambuco/Bahia. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. DOI 10.11606/T.5.2018.tde-09042018-095008. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09042018-095008/pt-br.php>. Acesso em: 3 dez. 2020.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. Projeto de implementação da rede interestadual de atenção à saúde do Vale do Médio São Francisco. Documento para discussão no II Fórum da macrorregião. Juazeiro/Petrolina; 2009.

RIBEIRO, Patrícia Tavares. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saude soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200001>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000200403&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200403&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 nov. 2019.

RODRIGUES, Raquel Miguel *et al.* In: CAMARGO, Laura; Feuerwerker, Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias. (Org). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 dez. 2019.

SILVEIRA, Rodrigo *et al.* Trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos como práticas avaliativas da integralidade em Rio Branco. In: PINHEIRO, Roseni.; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes; MATTOS, Rubem Araújo. (Org.). **Atenção Básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ: ABRASCO, 2008.

SOARES, Daniela Arruda *et al.* Itinerários terapêuticos de mulheres com câncer de colo de útero na Bahia, Brasil. **Avances en enfermería**, Bogotá, v. 37, n. 3, p. 333-342, 2019. DOI

<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v37n3.78149>. Disponível em:

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S012145002019000300333&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012145002019000300333&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 16 jan. 2022.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi *et al* . Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 963-972, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.07312017>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1-41381232019000300963&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1-41381232019000300963&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 fev. 2021.

TAVARES, Fátima Regina Gomes; BONET, Octavio. Itinerário terapêutico e práticas avaliativas: algumas considerações. *In*: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes; MATTOS, Rubem Araújo. **Atenção Básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ: ABRASCO, 2008.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Por uma análise política dos impasses da regionalização do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. Suppl 2, 2019, p. 963-972. DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311X00077019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tPbM4mr9jFjr6JzmFqLMT6M/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2021.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al*. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232018000601791&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601791&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 nov. 2019.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IOZZI, Fabíola Lana. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. Suppl 2, p.1-12, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022519>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Q3YCMVdQG83vHbHKSxDPXp/?lang=pt>. Acesso em 30 out. 2021.

#### Notas:

<sup>1</sup> Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Pernambuco – FACEPE (Edital PPSUS nº10/2017, APQ-0561- 4.0)

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As trajetórias assistenciais são importantes ferramentas para identificação das necessidades de saúde dos(as) usuários(as), por indicarem os percursos traçados na busca pela assistência que julgam resolutive e qualificada. Alinhadas ao “agir leigo” fabricam as estratégias de superação das barreiras para o acesso assistencial, e por consequência, apresentam o potencial de contribuir para qualificação da regulação governamental na Rede PE/BA.

O acesso às consultas especializadas e exames de apoio diagnóstico na Rede PE/BA configurou-se um desafio para todas as trajetórias. Esta é uma importante fragilidade, uma vez que tais serviços são essenciais e indispensáveis para definição diagnóstica e início de tratamento em tempo oportuno. Torna-se responsável ainda por gerar desgaste físico, emocional e impulsionar o uso de serviços da rede privada, com impactos financeiros consideráveis para os(as) usuários(as) e familiares.

Na Rede PE/BA, todas as trajetórias assistenciais foram compostas por serviços públicos e privados, o que demonstra a relação de interdependência entre os dois sistemas. Porém, essa constatação levanta questões referentes às iniquidades sociais e suas implicações nas desigualdades de acesso, e, por consequência, no processo de enfrentamento ao câncer.

Para os(as) participantes do estudo, a rede social de apoio foi responsável por viabilizar e fortalecer o processo de cuidado oncológico, por meio da articulação para o acesso assistencial (seja por arenas formais ou informais), a oferta de suporte emocional, espiritual e financeiro. Os relatos retomam a importância do fortalecimento da regionalização em saúde, com garantia do cuidado integral, em tempo oportuno, o mais próximo possível do(a) usuário(a), destacando elementos constitutivos do desafio da equidade territorial.

A regulação, instrumento de fortalecimento da regionalização e organização da oferta assistencial nas regiões de saúde, apareceu fragilmente nas trajetórias assistenciais. Os movimentos do “agir leigo”, protagonistas na composição desses trajetos, indicam a existência de fragilidades nos cuidados oncológicos na Rede PE/BA. Por conseguinte, evidenciam a fragmentação do cuidado e realçam a indispensabilidade de estruturação e ampliação da oferta assistencial para esta linha de cuidado.

O tratamento oncológico se destaca como potencialidade da Rede PE/BA e para o processo de estruturação da linha de cuidado em oncologia. Uma vez acessado, após

confirmação diagnóstica e por demanda espontânea dos(as) usuários(as), ofertou assistência qualificada e compatível com a maior parte de suas necessidades.

O presente estudo apresenta as limitações referentes ao seu desenho metodológico e ao contexto específico em que foi desenvolvido. Não abarca todas as dimensões e complexidades da Rede PE/BA, mas pretende suscitar o debate e estimular a realização de novos estudos sobre o tema, de grande importância para o fortalecimento do processo de regionalização na saúde.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 28-38, 2015. DOI <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005390>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010311042015000500028&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042015000500028&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 02 abr. 2020.

ALMEIDA, Mônica Morrissy Martins; ALMEIDA, Patty Fideliis; DE MELO, Eduardo Alves. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 24, n. suppl.1, p. 1-16, 2020. DOI <https://doi.org/10.1590/Interface.190609>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/RdJtpXWzLn4rX6xtjTbswcm/?lang=pt>. Acesso em: 02 mar. 2021.

BADUY, Rossana Staevie; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; ZUCOLI, Marlene; BORIAN, Joelma Teixeira. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200011>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2011000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2011000200011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 4 dez. 2019.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1. ed. São Paulo: Edições 70. 2016.

BARROS, Ângela Ferreira *et al.* Itinerário terapêutico de mulheres com câncer de mama tratadas no Distrito Federal, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 53, p. 14, 2019. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000406>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SG7wxD3pQFJDWbSxkBQgvYr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2021.

BERTUSSI, Débora Cristina *et al.* Arranjos regulatórios como dispositivos para o cuidado compartilhado em saúde. *In*: FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz *et al.* **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Heixis, 2016. v. 2, p. 354-364. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DZnVqGqSYkbnXQ93D4tbZYN/?lang=en>. Acesso em: 30 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro/Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução de Consolidação Cit nº 1, de 30 de março de 2021**. Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). *In*: Diário Oficial da União. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-consolidacao-cit-n-1-de-30-de-marco-de-2021-323572057>. Acesso em 12 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.812, DE 22 DE JULHO DE 2020. Institui, para o exercício de 2020, incentivo financeiro de custeio, aos Estados e ao Distrito Federal, para o aprimoramento das ações de gestão, planejamento e regionalização da saúde, visando à organização e à governança da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de

Saúde. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.812-de-22-de-julho-de-2020-268193813>. Acesso em: 12 jan. 2022.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm). Acesso em: 24 nov. 2019.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf). Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.989, de 23 de setembro de 2008. Constitui Grupo de Trabalho para Implementação da Rede de Atenção à Saúde Interestadual na Macrorregião do Vale do Médio São Francisco, compreendendo as regiões de Juazeiro – BA e de Petrolina – PE. 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1989\\_23\\_09\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1989_23_09_2008.html). Acesso em: 27 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**, 4 ago. 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Pacto pela saúde Portaria GM/MS nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em 30 nov. 2019.

BRASIL. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html). Acesso em 30 nov. 2019.

BRASIL. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Norma Operacional da Assistência à saúde - SUS**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html). Acesso em 30 nov. 2019

BRASIL. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. **Norma Operacional Básica do SUS**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html). Acesso em: 20 nov. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial União**. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 24 nov. 2019.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, 5 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao compilado.htm). Acesso em: 10 nov. 2019.

CARAPINHEIRO, Graça. Inventar percursos, reinventar realidades doentes, trajetórias sociais e realidades formais. **Etnográfica**, Lisboa, v. V, n. 2, p. 335-358, 2001. Disponível em: [http://ceas.iscte.pt/etnografica/2001\\_05\\_02.php](http://ceas.iscte.pt/etnografica/2001_05_02.php). Acesso em: 30 jan. 2020.

CASTRO, Janice Dornelles de. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, p. 122-135, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222002000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 dez. 2019.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC-ABRASCO, 2006.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira; CARAPINHEIRO, Graça; ANDREAZZA, Rosemaire. **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

CRESWELL, John. W. **Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre Cinco Abordagens**. Tradução de Dirceu da Silva e Sandra Mallman da Rosa. 3ª Ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

DUARTE, Ligia Schiavon *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 472-485, 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200007>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000200472&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200472&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 09 nov. 2019.

FIGUEIREDO, Tatiana Aragão; ANGULO-TUESTA, Antônia; HARTZ, Zulmira. Avaliabilidade da Política Nacional de Regulação no SUS: uma proposta preliminar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290215>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312019000200613&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200613&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 dez. 2019.

GALVÃO, Jôse Ribas *et al.* Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 12, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-31100004119>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/4xWSLQqQhbFxfVHQ6MB4JtR/?lang=pt>. Acesso em: 29 out. 2021.

GERHARDT, Tatiana Engel; ROTOLI, Adriana; RIQUINHO, Deise Lisboa. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da atenção básica à alta complexidade nas redes de cuidado. *In*: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes; MATTOS, Ruben. (Org.). **Atenção Básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ: ABRASCO, 2008.

KESSNER, David. M.; KALK, Carolyn. E; SINGER, James. Assessing health quality. The case of tracers. **New England Journal of Medecine**, Washington, v. 288, p.189-193, 1973.

LANDIM, Edivânia Lucia Araujo Santos; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa; PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe5, p. 161-173, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S514>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TCrWbZxNLV8sfjg5r9TxkTg/?lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2021.

LEAL, Eliane Maria Medeiros *et al.* Razões para a expansão de consórcios intermunicipais de saúde em Pernambuco: percepção dos gestores estaduais. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 128-142, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180956>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902019000300128&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000300128&lng=en&nrm=iso). Aceso em: 04 abr. 2020.

LEVESQUE, Jean Frederic; HARRIS, Mark F; RUSSELL, Grant. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. **Int J Equity Health**, v. 12, n. 18, 2013. DOI <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>. Disponível em: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18#citeas>. Acesso em: 11 ago. 2021.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; GERHARDT, Tatiana Engel; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. As trajetórias assistenciais revelando a rede de atenção à saúde de pessoas com doenças cardiovasculares. *In*: GERHARDT, Tatiana Engel *et al* (Org). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ – ABRASCO, 2016.

MELLO, Guilherme Arantes *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1291-1310, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26522016>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232017002401291&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401291&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 nov. 2019.

MENESES, Consuelo Sampaio *et al.* O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2013-2024, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14822016>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232017002602013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002602013&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 15 dez. 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da Pesquisa Social. *In*: DESLANDES, Sueli Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2012.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. Dádiva e rede na saúde: circuitos de troca e construção de estratégias de cuidado *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org). **Razões públicas para a integralidade**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

NASCIMENTO, Vânia Barbosa do. **SUS**: Pacto Federativo e gestão pública. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, Santo André, SP: Cesco, 2007.

O'LEARY, Zina. **Como fazer seu projeto de pesquisa**: guia prático. Tradução: Ricardo A. Rosenbush. Petrópolis, RJ. Vozes, 2019.

OLIVEIRA, Robson Rocha de; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 571-576, 2012. DOI [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102012000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102012000300020&lng=en&nrm=iso). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102012000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102012000300020&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 dez. 2019.

PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes. Redes interestaduais de saúde. **Redes interestaduais de saúde**: o caso da rede de atenção à saúde Pernambuco/Bahia. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. DOI 10.11606/T.5.2018.tde-09042018-095008. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09042018-095008/pt-br.php>. Acesso em: 3 dez. 2020.

PERNAMBUCO-BAHIA. Governo do Estado. Projeto de implementação da rede interestadual de atenção à saúde do Vale do Médio São Francisco. Documento para discussão no II Fórum da macrorregião. Juazeiro/Petrolina; 2009.

PINHEIRO, Roseni. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8ª Edição. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009, p. 69-115.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos *et al.* Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232017002401045&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401045&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 abr. 2020.

RIBEIRO, Patrícia Tavares. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. **Saude soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 403-412, 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200001>. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000200403&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200403&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 nov. 2019.

RODRIGUES, Raquel Miguel *et al.* In: CAMARGO, Laura; Feuerwerker, Macruz; BERTUSSI, Débora Cristina; MERHY, Emerson Elias. (Org). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000100003>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 dez. 2019.

SILVEIRA, Rodrigo *et al.* Trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos como práticas avaliativas da integralidade em Rio Branco. In: PINHEIRO, Roseni.; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes; MATTOS, Rubem Araújo. (Org.). **Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ: ABRASCO, 2008.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi *et al.* Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 963-972, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.07312017>. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1-41381232019000300963&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1-41381232019000300963&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 fev. 2021.

TAVARES, Fátima Regina Gomes; BONET, Octavio. Itinerário terapêutico e práticas avaliativas: algumas considerações. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes; MATTOS, Rubem Araújo. **Atenção Básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS, UERJ: ABRASCO, 2008.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232018000601791&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232018000601791&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 nov. 2019.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. LIMA, Luciana Dias de. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2011.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Regiões e Redes: Caminhos da Universalização da Saúde no Brasil. **Relatório regional da pesquisa política planejamento e gestão das regiões e redes de atenção à saúde no Brasil**. 2017. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2017/06/relatorio-petrolina-juazeiro.pdf>. Acesso em: 20 out. 2019.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; IOZZI, Fabíola Lana. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. Suppl 2, p.1-12, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311X00022519>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Q3YcmVdQG83vHbHsKSxDPXp/?lang=pt>. Acesso em 30 out. 2021.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; BENEVIDES, Rodrigo Pucci de Sá. O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado. **Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas**, v. 10, n. 3, p.1-28, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/repam/article/view/14896>. Acesso em: 03 dez. 2019.

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010311042012000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042012000400016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 dez. 2019.

WRUBLEWSKIA, Gabriella dos Santos *et al.* Efeitos de implantação da rede interestadual de saúde do Vale do São Francisco. **Diversitates Int J**, v. 10, n. 2, p. 59-69, 2018. Disponível em: < <http://diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/259>> Acesso em: 20/11/2019.

YIN, Robert K. **Pesquisa Qualitativa do Início ao Fim**. Tradução Daniel Bueno. Verificação Técnica: Dirceu da Silva. Porto Alegre: Penso, 2016. 313 p.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

### Informações do participante:

Nome: \_\_\_\_\_

Gênero: Masculino ( ) Feminino ( ) Outro ( )

Município de residência: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Raça Auto Atribuída: ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Negro ( ) Amarelo ( ) Indígena

Escolaridade: ( ) Nível Fundamental incompleto ( ) Nível Fundamental completo ( ) Nível Médio incompleto ( ) Nível Médio completo ( ) Nível Superior incompleto ( ) Nível Superior completo ( ) Pós-Graduação

Ocupação: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

- Fale sobre sua experiência com o seu problema de saúde
  - primeiros sintomas
  - diagnóstico
  - tratamento
- Quais serviços de saúde você precisou utilizar para diagnóstico e tratamento do seu problema de saúde?
  - Como conseguiu ser atendido em cada serviço.
    - Foi auxiliado/ajudado por alguém? Quem? Em que situações?
    - Utilizou algum serviço de outro município?
  - Fila de espera
    - Tempo
    - Marcou alguma consulta e precisou faltar, se sim, qual motivo da falta? Tentou comunicar a falta? Se sim, de que forma?
      - Tentou remarcar e teve alguma dificuldade? Qual?
  - Como você avalia os serviços de saúde que você precisou utilizar?

- Oferta de consulta e exames
- Satisfação com o atendimento
- Relacionamento com os profissionais
  - Ao procurar esses serviços de saúde, os profissionais já conheciam a sua história (de qual serviço você vinha, a sua doença etc)?
- Principais dificuldades
  - Houve necessidade de procurar outros serviços de saúde após o início do tratamento? Comente sobre o motivo e sobre como você conseguiu ser atendido(a).
  - Comente sobre o que você acredita que poderia ter tornado melhor a sua experiência de procura por diagnóstico e tratamento deste problema de saúde.
  - Para além deste problema, o que você costuma fazer quando sente necessidade de atendimento em saúde?
  - No geral, o que você faz quando não consegue ser atendido em um serviço ou quando demora muito?
  - Diante do que conversamos até agora, o que mais você gostaria de dizer?

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada **“Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da rede Pernambuco / Bahia”**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Adriana Falangola Benjamin Bezerra (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Bloco D, Departamento de Medicina Social, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600 – Telefone: (081) 2126-8550 e e-mail: afalangola@uol.com.br)

Este Termo de Consentimento pode conter alguns tópicos que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa a quem está lhe entrevistando, para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre tudo que está respondendo.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

- O objetivo da pesquisa é conhecer a regulação assistencial na rede Pernambuco/Bahia.
- A pesquisa em questão realizará as entrevistas em ambiente reservado para preservar a privacidade dos participantes.
- Tal pesquisa traz para os participantes riscos no que se refere ao constrangimento em responder as questões abordadas. Entretanto, o entrevistado poderá a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo. Trará também benefícios no momento que reconhece o ator entrevistado como protagonista do processo e considera suas contribuições para sistematização de um trabalho que poderá desencadear referências para a sua prática específica e o projeto em que está inserido. O benefício direto se dará por meio da devolutiva aos participantes acerca do estudo desenvolvido, permitindo o acesso à informação sobre o impacto na estruturação da oferta no SUS a partir de iniciativas

inovadoras da gestão. Desta forma, pode-se favorecer a tomada de decisão na perspectiva da efetivação do cuidado em saúde.

- As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa por meio de gravação e entrevista, ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade do Pesquisador no endereço Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, Bloco D, Departamento de Medicina Social, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600 pelo período de 8 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Profa. Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

UFPE/DMS

## CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da rede Pernambuco / Bahia”**, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento).

Local /Data

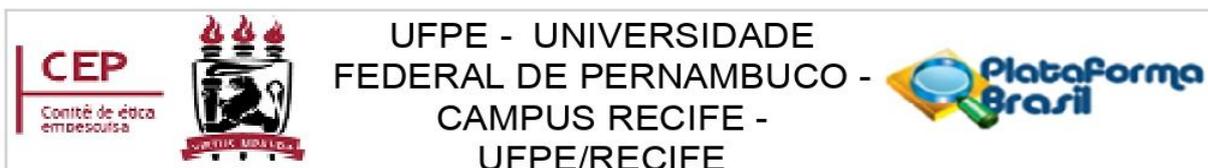
Assinatura do participante

Impressão digital (opcional)
------------------------------------

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

<b>Nome:</b>	<b>Nome:</b>
<b>Assinatura:</b>	<b>Assinatura:</b>

## ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da rede Pernambuco / Bahia.

**Pesquisador:** Adriana Falangola Benjamin Bezerra

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 04186917.2.0000.5208

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

**Patrocinador Principal:** FUNDAÇÃO DE AMPARO A CIÊNCIA E TECNOLOGIA - FACEPE

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.435.150

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de Emenda ao projeto original intitulado "Análise de distintas regulações assistenciais em uma rede interestadual de saúde: o caso da rede Pernambuco/Bahia", tendo como pesquisadora responsável a Profa. Adriana Falangola Benjamin Bezerra com a finalidade de uma adequação ao momento de pandemia, alterando a forma de entrevistas para o módulo virtual, com consequente adaptação do TCLE, bem como uma extensão no cronograma pelo mesmo motivo.

A regionalização, como estratégia da descentralização das ações de saúde e parte deste processo, é considerada de alta relevância pública e uma referência normativa para sua efetivação. Significa ofertar serviços e ações de saúde obedecendo a critérios de hierarquização, organizando-os segundo o nível crescente de complexidade, em áreas geográficas planejadas, considerando o perfil epidemiológico da região e a rede previamente existente, aproximando o poder decisório dos problemas cotidianos das populações locais, responsabilizando o gestor municipal pela saúde dos seus habitantes. Considerando os desafios postos a uma regionalização solidária, aspectos relacionados à regulação assistencial passam a ser de fundamental importância, e o que é proposto normativamente com o que de fato acontece no cotidiano das práticas da gestão de saúde deste estado propõe-se investigar as forças e fraquezas evidenciadas no desenrolar do processo de regulação assistencial na rede Pernambuco / Bahia. Neste sentido surgem questões centrais: Como está sendo conduzido o processo da regionalização da saúde em Pernambuco?

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

**Bairro:** Cidade Universitária

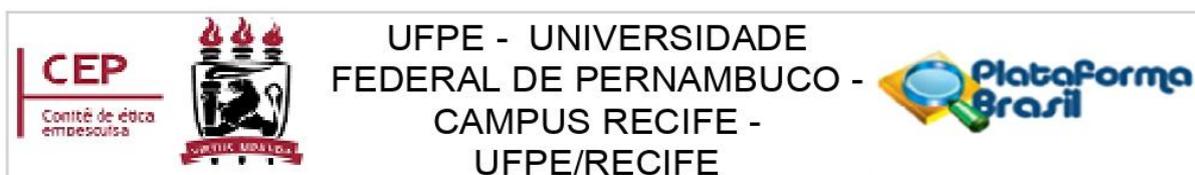
**CEP:** 50.740-600

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-8588

**E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.435.150

Como o processo da regionalização da saúde é analisado pelas gerências regionais do Estado de Pernambuco? Como o processo da regionalização da saúde é analisado pelas macrorregionais de saúde por aqueles que utilizam os serviços? Que estratégias operacionais podem vir a fortalecer o processo de regionalização?

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Investigar as forças e fraquezas envolvidas no processo de regulação assistencial na rede Pernambuco / Bahia.

Objetivo Secundário:

- 1) Analisar o processo de regionalização utilizando a regulação dos internamentos, da fila de espera e o absenteísmo de consultas especializadas e exames, por meio das perspectivas dos gestores, profissionais dos serviços e usuários.
- 2) Analisar o processo de regulação dos internamentos, da fila de espera e o absenteísmo de consultas especializadas e exames, a partir das solicitações e agendamentos registrados nos banco de dados.
- 3) Analisar a racionalidade do “agir leigo” na configuração de possíveis regimes de regulação que se contrapõem a regulação governamental.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Deve-se pontuar a possibilidade do risco de constrangimento aos entrevistados, potencial inerente à metodologia escolhida (entrevista), sendo firmado pelos pesquisadores o compromisso com o esforço em minimizá-los. Destaca-se que o entrevistado poderá a qualquer momento desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não o trará prejuízo.

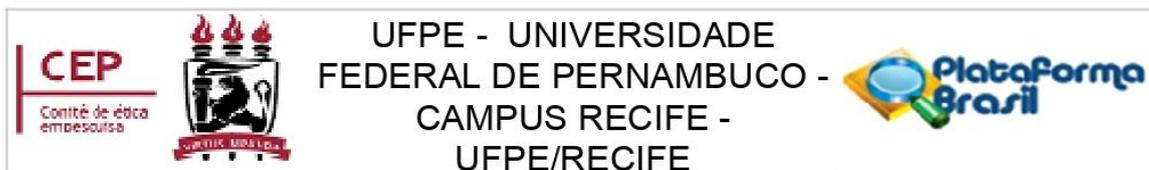
Benefícios:

A pesquisa trará benefícios no momento que reconhece o ator entrevistado como protagonista do processo e considera sua contribuição para sistematização de um trabalho que poderá desencadear referências para a sua prática específica e o projeto em que está inserido. A participação na pesquisa não acarretará nenhum custo para o entrevistado e é essencialmente voluntária.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O trabalho tem sua importância destacada na área dos estudos sobre a formulação, implantação, avaliação e sustentabilidade de intervenções e de produção, uso e disseminação desse

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde  
**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600  
**UF:** PE **Município:** RECIFE  
**Telefone:** (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.435.150

conhecimento em planejamento, gestão e tecnologias em saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os documentos encontram-se adequados.

**Recomendações:**

Sem Recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem Pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

A emenda foi avaliada e APROVADA pelo colegiado do CEP.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_167454_1_E2.pdf	01/12/2020 17:28:45		Aceito
Outros	Formulario_justificativa_Emenda2.pdf	01/12/2020 17:25:57	Adriana Falangola Benjamin Bezerra	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_Emenda2.pdf	01/12/2020 17:20:43	Adriana Falangola Benjamin Bezerra	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	Formulario_justificativa_Emenda.pdf	15/09/2020 21:28:20	Adriana Falangola Benjamin Bezerra	Aceito
Outros	Daiane_Cordeiro_dos_Santos.pdf	15/09/2020 21:27:45	Adriana Falangola Benjamin Bezerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Emenda.docx	15/09/2020 21:21:02	Adriana Falangola Benjamin Bezerra	Aceito
Outros	cartadeanuenciaBAHIA.pdf	27/03/2019 18:00:40	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	cartaderesposta.docx	27/03/2019 15:44:59	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/12/2018 11:21:49	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	06/12/2018 12:37:02	Priscila Rossany de Lira Guimarães	Aceito

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.740-600

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-8588

**E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.435.150

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	06/12/2018 12:37:02	Portella	Aceito
Outros	FACEPE.pdf	06/12/2018 12:20:52	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Usodedados.pdf	22/10/2018 10:37:19	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	09/10/2018 09:28:04	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Termo_de_Confidencialidade.pdf	18/09/2018 14:37:18	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Priscila_Rossany_de_Lira_Guimaraes_Portella.pdf	14/09/2018 16:17:05	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Vick_Brito_Oliveira.pdf	14/09/2018 16:16:22	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Thiago_Cezar_Rocha_Azevedo.pdf	14/09/2018 16:15:51	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Roseane_da_Silva_Lemos.pdf	14/09/2018 16:15:27	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Rogério_Fabiano_GonCalves.pdf	14/09/2018 16:14:59	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Ronald_Pereira_Cavalcanti.pdf	14/09/2018 16:13:46	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Oswaldo_Yoshimi_Tanaka.pdf	14/09/2018 16:13:05	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Marilia_Cristina_Prado_Louvison.pdf	14/09/2018 16:12:46	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Keila_Silene_de_Brito_e_Silva.pdf	14/09/2018 16:12:04	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Juliana_GonCalves.pdf	14/09/2018 16:11:30	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Jose_Ronaldo_Vasconcelos_Nunes.pdf	14/09/2018 16:10:31	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

**Bairro:** Cidade Universitária

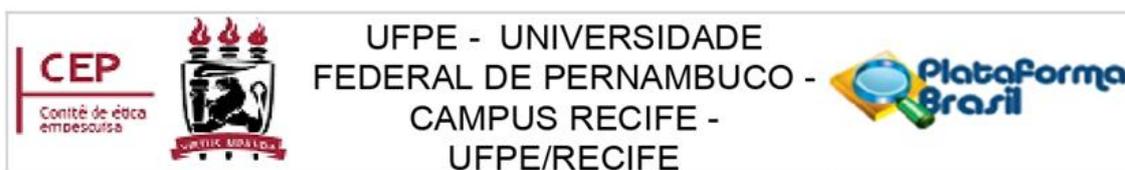
**CEP:** 50.740-600

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-8588

**E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.435.150

Outros	Joao_Carlos_Batista_Santos.pdf	14/09/2018 16:09:46	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Islandia_Maria_Carvalho_de_Sousa.pdf	14/09/2018 16:08:42	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Cassio_Luiz_Santos_Dantas.pdf	14/09/2018 16:07:26	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Carlos_Renato_dos_Santos.pdf	14/09/2018 16:06:55	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Arthur_Campos_Ferreira.pdf	14/09/2018 16:06:27	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito
Outros	Adriana_Falangola_Benjamin_Bezerra.pdf	14/09/2018 16:05:22	Priscila Rossany de Lira Guimarães Portella	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 03 de Dezembro de 2020

---

**Assinado por:**  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600

**UF:** PE **Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-8588

**E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



**ANEXO C – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO  
ESTADO DA BAHIA**



**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia  
Central de Regulação do Estado da Bahia  
Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde

Salvador, 25 de março 2019

**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA**

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **ANÁLISE DE DISTINTAS REGULADORES ASSISTENCIAIS EM UMA REDE INTERESTADUAL DE SAÚDE: O CASO DA REDE PERNAMBUCO/BAHIA – REDE PEBA**, da Pesquisadora: **Adriana Falangola Benjamin Bezerra**, nas Unidades de Saúde sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde/BA, e afirmo que o desenvolvimento deste projeto está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

## **ANEXO D - NORMATIZAÇÃO PARA SUBMISSÃO AO PERIÓDICO PHYSIS: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA**

### **Instruções aos autores**

#### **Escopo e política**

***Physis: Revista de Saúde Coletiva***, revista trimestral publicada pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC), tem por objetivo geral divulgar a produção acadêmica em Saúde Coletiva. Está classificada como B1 na área de Saúde Coletiva, segundo os critérios Qualis da CAPES.

A versão online SciELO da revista, que utiliza modalidade contínua de publicação, inclui os textos completos dos artigos e está disponível gratuitamente, com acesso aberto. Está indexada também nas bases de dados: Directory of Open Access Journals, EBSCO Publishing, LILACS, PubMed, Scopus, Sociological Abstracts, REDALYC e PROQUEST - Social Science Journals.

A linha editorial de *Physis* enfatiza abordagens interdisciplinares, críticas e inovadoras em temas atuais no campo da Saúde Coletiva. A revista é composta basicamente de artigos originais de demanda livre e seções de resenhas, entrevistas, cartas e comentários. O Conselho Editorial poderá, ocasionalmente, propor temas específicos considerados relevantes, e publicar trabalhos de autores convidados especialistas no tema, e que também irão passar por um processo de revisão por pares.

#### **Forma e preparação de manuscritos**

**Physis publica artigos nas seguintes categorias:**

**Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências):** textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A

publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (*double-blind peer review*) - e conforme disponibilidade de espaço.

**Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências):** textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. O Conselho Editorial e o editor convidado podem solicitar a autores de reconhecida experiência que encaminhem artigos originais relativos a temáticas previamente decididas, conforme o planejamento da revista. Neste caso, o Conselho Editorial e o editor convidado deverão deliberar sobre a publicação dos artigos recebidos com base em pareceres (*double-blind peer review*). Revisões e atualizações são em geral provenientes de convite. O número de autores será limitado ao máximo de dois por artigo, sendo que cada autor só poderá figurar em um único artigo por número.

**Resenhas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências):** podem ser provenientes de demanda livre ou convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço. Só serão aceitas resenhas com um único autor.

**Seção de Entrevistas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências):** publica depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista.

**Seção de Comentários (até 1.500 palavras, incluindo notas e referências):** publica comentários sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre temas relevantes para a Saúde Coletiva.

#### **Instruções para encaminhamento de textos:**

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema **ScholarOne Manuscripts**, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. É necessário se cadastrar no sistema, fazer o *login*, acessar o "*Author Center*" e dar início ao processo de submissão. Todos os autores dos artigos aprovados para publicação deverão, obrigatoriamente, associar seu número de registro no ORCID

(*Open Researcher and Contributor ID*, <https://orcid.org/>) ao seu perfil no ScholarOne e informá-lo na declaração de autoria (ver modelo adiante).

2. Embora *Physis* seja mantida por uma instituição pública, a verba atualmente destinada à revista não tem sido suficiente para sua manutenção. Assim, a partir de 1º de janeiro de 2020, será cobrada uma taxa de publicação, como forma de garantir a continuidade do periódico. **O valor dessa taxa é de R\$ 600,00 (seiscentos reais) por artigo aprovado, ou seja, na submissão o autor não pagará a taxa, apenas e exclusivamente se o artigo for aceito para publicação. O valor para publicação de textos nas demais seções de *Physis* será de R\$ 200,00 (duzentos reais).** Será fornecido aos autores comprovante do pagamento da taxa. Após aprovação do artigo, os autores serão orientados, por e-mail, sobre como proceder quanto ao pagamento da taxa. Solicitações de dispensa de pagamento da taxa de publicação, devidamente justificadas, deverão ser encaminhadas à Editoria da revista, que irá analisá-las.

3. Os artigos devem ser digitados em *Word* ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende corpo do texto, notas e referências. Resumos são considerados separadamente. **O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria;** os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão e na declaração de autoria (item 11, adiante)..

4. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir **a informação referente à aprovação por comitê de ética** na pesquisa com seres humanos, conforme Resoluções do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os autores devem indicar se **a pesquisa é financiada**, se é **resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado** e se há **conflitos de interesse** envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item **“Agradecimentos”**, ao final do artigo ou em nota de fim.

5. *Physis* incentiva o depósito de manuscritos em plataformas preprints. Caso ocorra o depósito, é necessário que os autores notifiquem aos editores utilizando o campo **“Cover Letter”** inserindo o link (URL) e o número do DOI do manuscrito

aceito pela plataforma preprint. No que concerne aos artigos que já foram divulgados como preprints, a avaliação ocorrerá de forma simples cega, tendo em vista que será possível consultar os nomes dos autores do texto.

6. Os artigos devem ser escritos em português (preferencialmente), inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. **Os textos são de responsabilidade dos autores**, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

7. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos **nas etapas indicadas do processo de submissão**. Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do artigo, **após as referências** (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Os resumos não poderão ultrapassar **200 palavras**, devendo destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de **3 a 5 palavras-chave em português e em inglês**. O título completo do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

8. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas devem ser produzidas em *Word*. **Todas as ilustrações devem estar inseridas no corpo do artigo, mas aquelas produzidas em formato que não seja Word deverão ser encaminhadas em arquivos separados também, e serão inseridas no sistema como "image" ou "figure", com respectivas legendas e numeração.**

9. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. **As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível.** Não há restrições quanto ao número de notas.

10. **As referências devem seguir as normas da ABNT (NBR 6023: 2018).** No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos do número da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética. **Os autores são responsáveis pela exatidão das referências**, assim como por sua correta citação no texto. No caso de usar algum software de gerenciamento de referências (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

11. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, **o número máximo de autores está limitado a quatro**, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, e/ou solicitar a exclusão de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo), conforme os critérios do *International Committee of Medical Journal Editors*, que determina que o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada a: (1) Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; (2) Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; (3) Aprovação final da versão a ser publicada; (4) Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. A declaração, assinada por todos os autores, deverá ser digitalizada e encaminhada como documento suplementar ("*supplemental file not for review*"). Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria. Não será admitido o acréscimo de autores após a submissão, e a retirada de algum dos nomes apontados como autor só poderá ser feita caso diretamente determinada pela editoria em função do não atendimento aos critérios de atribuição de autoria.

12. **Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença *Creative Commons Atribuição 3.0 Brasil (CC-BY 3.0 BR)*. A declaração de responsabilidade, cujo modelo se encontra ao final destas instruções, deverá ser assinada por todos os autores**, digitalizada e inserida no sistema, como "*supplemental file not for review*", de modo que os avaliadores não identifiquem o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer **outros comentários ou observações encaminhados aos editores** deverão ser inseridos no campo "*Cover letter*".

13. Conforme orientação da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser informado. Os nomes e endereços informados serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

14. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o artigo, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "*Cover letter*".

15. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível publicá-lo também em inglês ou espanhol, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada (ou recomendada pela Editoria de *Physis*), e os custos de tradução correrão por conta do autor. As versões em português e/ou espanhol ou inglês de cada artigo só poderão ser publicadas no mesmo volume e número da Revista e serão identificadas com o mesmo DOI.

16. **Todo conteúdo publicado nos artigos e resenhas é de inteira responsabilidade dos autores.**

17. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

**Declaração de responsabilidade  
(MODELO)**

A contribuição de cada autor para o texto \_\_\_\_\_ foi a seguinte:

AUTOR 1 (ORCID: 0000-0000-0000-0000)\*: (atividades desempenhadas),  
INSTITUIÇÃO, CIDADE, ESTADO, E-MAIL

AUTOR 2 (ORCID: 0000-0000-0000-0000)\*: (atividades desempenhadas),  
INSTITUIÇÃO, CIDADE, ESTADO, E-MAIL

AUTOR *n* (ORCID: 0000-0000-0000-0000)\*: (atividades desempenhadas),  
INSTITUIÇÃO, CIDADE, ESTADO, E-MAIL

O texto é um trabalho inédito e não foi publicado, em parte ou na íntegra, nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, no formato impresso ou eletrônico.

Em caso de aceitação deste texto por parte de *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, declaramos estar de acordo com a política de acesso público e de direitos autorais adotadas por *Physis*, que estabelece o seguinte: (a) os autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, sendo o trabalho simultaneamente licenciado sob a **Creative Commons Atribuição 3.0 Brasil (CC-BY 3.0 BR)**, que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial neste periódico; (b) os autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (p.ex., publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista; e (c) os autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (p.ex., em repositórios institucionais ou em sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado.

Assinaturas:

---

---

\*ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*)

### **Política de Privacidade**

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.