



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**  
**NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**DEISE SANTANA DE JESUS BARBOSA**

**A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E A INTEGRAÇÃO DA REDE DE  
ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: ENTRE OPORTUNIDADES E CONSTRANGI-  
MENTOS**

Salvador

Junho de 2019

**DEISE SANTANA DE JESUS BARBOSA**

**A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E A INTEGRAÇÃO DA REDE DE  
ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: ENTRE OPORTUNIDADES E  
CONSTRANGIMENTOS**

Tese apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração (NPGA), Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Administração.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Carmo Lessa Guimarães  
Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Cristina Cambuí Barbosa

Salvador

Junho de 2019

Escola de Administração - UFBA

B238 Barbosa, Deise Santana de Jesus.

A regulação assistencial e a integração da Rede de Atenção à Saúde no SUS: entre oportunidades e constrangimentos. – 2019.  
184 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo Lessa Guimarães.

Co-orientadora: Profa. Dra. Elaine Cristina Cambuí Barbosa.

Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Administração, Salvador, 2019.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Regulação. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Administração dos serviços de saúde – Brasil. 4. Políticas públicas. 5. Saúde pública - Brasil. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Título.

CDD – 362.12

**DEISE SANTANA DE JESUS BARBOSA**

**A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL E A INTEGRAÇÃO DA  
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS:  
ENTRE OPORTUNIDADES E CONSTRANGIMENTOS**

Tese apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração (NPGA), Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Administração.

**Banca Examinadora**

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Carmo Lessa Guimarães – Orientadora**

Doutora em Administração Pública (UFBA)

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Cristina Cambuí Barbosa – Co-orientadora**

Doutora em Ecologia e Biomonitoramento (UFBA)

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gisélia Santana Souza**

Doutora em Saúde Pública (UFBA)

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marluce Maria Araújo Assis**

Doutora em Enfermagem (USP)

Universidade Estadual de Feira de Santana (UESF)

**Prof. Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus**

Doutor em Saúde Pública (UFBA)

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marília Cristina Prado Louvison**

Doutora em Saúde Pública (USP)

Universidade de São Paulo (USP)

À

Todas e todos que compartilham comigo o ideal de uma sociedade justa, na qual a saúde pública, gratuita e de qualidade seja, de fato, um direito fundamental.

## AGRADECIMENTOS

À energia suprema do universo, que muitos chamam de Deus, pela dádiva da vida e por tudo de maravilhoso que veio com ela.

Aos meus pais – Seu Bené (*in memoriam*) e Dona Lourdes, por todo amor, pela minha formação e, principalmente, pelos irmãos maravilhosos que me deram.

Aos meus irmãos amados – Selma, Silvio, Dilma, Sirlei e Sigevaldo, um pouco de pai e de mãe, muito de amigos, meus exemplos de vida, companheiros em todos os momentos.

Aos meus grandes amores – meu marido Peu e meu filho João Pedro, por todo amor e, também, pelas horas songadas.

Aos meus familiares - sobrinhos e sobrinhas, cunhados e cunhadas pela convivência e apoio constantes e permanentes.

À minha orientadora – querida Duca, por me permitir viver a prosa com a poesia. Não conseguiria concluir esse desafio se não tivesse amor e tranquilidade envolvidos. Também pela admiração à sua história e formação. Te amo Duca!!!

À minha co-orientadora – Elaine, por me apresentar ao mundo da análise de redes, pela paciência e pelo estímulo.

À minha amiga/irmã/comadre Emmanuelle por me apresentar à EAUFBA, pelo incentivo pra fazer a seleção, pelas dificuldades compartilhadas, pelas confidências, risadas... não teria conseguido essa conquista sem você, amiga.

Aos meus queridos amigos da Turma 2015 pela convivência maravilhosa nos 2 anos de disciplinas. Acho que o NPGA nunca teve uma turma tão coesa. Obrigada pelo companheirismo vivido nesse período.

Aos professores e funcionários do NPGA pelo aprendizado e pelo acolhimento nesses 4 anos. Em especial à minha querida Anaélia – pela amizade e por ser tão dinâmica e prestativa em tudo que precisamos.

Às amigas Rose Couto – Assessora da SAIS/SESAB e Ana Paula Andrade – Superintendente

da SUREGS (à época) agradeço a confiança e a diligência em autorizar a realização desta pesquisa.

Às queridas Liliane, Analia e Livia, da DGC/SESAB, agradeço o tempo dispensado para a coleta de dados sobre o Fórum da Rede Cegonha.

Na pessoa da amiga Rita Calfa, Diretora da MTB, agradeço a todas as maternidades da rede estadual que me receberam de forma tão acolhedora.

À querida Sinaide, agradeço a confiança e a atenção à solicitação para a pesquisa.

Na pessoa da amiga Daniela Fontoura, agradeço à SMS Salvador pela disponibilidade do campo para a coleta de dados, tão essencial para este trabalho.

Em nome das amigas queridas e excelentes profissionais Carolina Argolo e Daniela Alcântara, agradeço a todos os profissionais que tem na Regulação Assistencial seu desafio cotidiano. Sei como é desafiador esse lugar e sei como vocês se dedicam a melhorá-lo.

Às usuárias e aos usuários do SUS, em especial às gestantes e puérperas entrevistadas, pelo enorme aprendizado que me proporcionaram.

À todas e todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos!

*"Mas eu não estou interessado  
Em nenhuma teoria  
Em nenhuma fantasia  
Nem no algo mais  
Longe o profeta do terror  
Que a laranja mecânica anuncia  
Amar e mudar as coisas  
Me interessa mais..."*

Alucinação  
(Belchior, 1976)



BARBOSA, Deise Santana de Jesus. *A Regulação Assistencial e a integração da Rede de Atenção à Saúde no SUS: entre oportunidades e constrangimentos*. 2019. 184f. Tese (Doutorado) – Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

## RESUMO

Esta tese tem como objeto de estudo a Regulação Assistencial para o acesso aos serviços de saúde, na implementação da Rede de Atenção à Saúde no SUS. A concepção de rede assistencial de saúde, ordenada pela atenção básica, por meio de uma integração sistêmica entre os pontos de atenção de diferentes complexidades assistenciais, se configura uma prática social que envolve conflitos e tensões. Nesse contexto a ação regulatória, fundamentada predominantemente no controle normativo, tem contribuído para gerar barreiras de acesso aos serviços de saúde, contraditoriamente ao seu propósito de integrar os pontos de atenção. A questão investigativa que norteia essa pesquisa é: de que forma os padrões de estruturação orientam a implementação da Regulação Assistencial, considerando a sua atribuição de integração sistêmica da Rede de Atenção à Saúde (RAS)? Este trabalho objetiva analisar os padrões da estruturação que orientam a implementação da Regulação Assistencial do SUS, na perspectiva da RAS, por meio da análise da configuração da rede de comunicação produzida pelos gestores e profissionais do SUS e pelos usuários na busca pelo acesso aos serviços, identificando possibilidades e constrangimentos da ação regulatória. Esta análise fundamenta-se na teoria da estruturação, que defende que a ação molda a estrutura e a estrutura molda a ação, simbioticamente, no contexto dos sistemas sociais, estabelecendo a reprodução ou a transformação de práticas sociais ao longo do tempo. Esses elementos são observáveis nas práticas sociais produzidas na interação entre os atores envolvidos na ação regulatória para o acesso aos serviços de saúde no SUS. Essa pesquisa se caracteriza como qualitativa, do tipo explicativa. Trata-se de um estudo de caso, à título de ilustração, cujo lócus da pesquisa empírica foi a cidade de Salvador – Bahia, tendo como recorte a rede assistencial de pré-natal e parto, envolvendo as Centrais de Regulação de Consultas e Exames, de Urgência e Emergência e de Leitos, e unidades assistenciais de saúde, contempladas pela atenção básica, serviços ambulatoriais especializados, serviços de urgência/emergência e as maternidades, distribuídas no território em 12 Distritos Sanitários. Foram utilizados como instrumentos e técnicas de coleta dos dados empíricos, a pesquisa documental, uma análise exploratória de dados secundários e entrevistas semiestruturadas com gestores/profissionais e usuárias da rede. Foram analisados 32 documentos institucionais, realizadas 64 entrevistas e o trabalho de campo ocorreu no período de setembro de 2018 a janeiro de 2019. Os resultados confirmam os pressupostos desta pesquisa, ao demonstrar que a multiplicidade de atores sociais envolvidos na ação regulatória, com destaque para a ação ativa das usuárias, bem como a configuração centralizadora da regulação governamental, limita o controle normativo privilegiado na interação com outros atores. Nesse contexto, predominam os padrões de estruturação de significação e dominação, conforme definidos pela teoria da estruturação. Conclui-se que as práticas sociais produzidas na ação regulatória se apresentam assimétricas, revelando contradições que produzem, de um lado, uma condição favorável às possibilidades particularistas de integração entre pontos da rede, e de outro lado, constrangimentos à atuação sistêmica da atenção básica como ordenadora do acesso aos serviços de saúde no SUS.

**Palavras-chave:** Regulação assistencial. Rede de atenção à saúde. Integração. Teoria da estruturação.

BARBOSA, Deise Santana de Jesus. *The Assistance Regulation and the integration of the Health Care Network in SUS: between opportunities and constraints*. 2019. 184p. Thesis (Doctorate) – Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, Núcleo de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

### ABSTRACT

This thesis has as object of study the Assistance Regulation for access to health services, in the implementation of the Health Care Network in SUS. The concept of health care network, ordered by primary care, through a systemic integration between the points of care of different care complexities, is a social practice that involves conflicts and tensions. In this context, regulatory action, based predominantly on normative control, has contributed to generate barriers to access to health services, contrary to its purpose of integrating points of care. The investigative question that guides this research is: how do the structuring patterns guide the implementation of Health Care Regulation, considering its attribution of systemic integration of the Health Care Network? This paper aims to analyze the structuring patterns that guide the implementation of SUS Care Regulation, from the perspective of the Health Care Network, through the analysis of the communication network configuration produced by SUS managers and professionals and by users in the search for access to services, identifying possibilities and constraints of regulatory action. This analysis is based on the theory of structuring, which argues that action shapes structure and structure shapes action symbolically in the context of social systems, establishing the reproduction or transformation of social practices over time. These elements are observable in the social practices produced in the interaction between the actors involved in regulatory action for access to health services in the SUS. This research is characterized as qualitative, explanatory type. This is a case study, by way of illustration, whose locus of the empirical research was the city of Salvador - Bahia, with the prenatal and delivery care network, involving the Regulatory Complex and health care units, which include primary care, specialized outpatient services, emergency services and maternity wards, distributed in 12 Health Districts. Empirical data collection tools and techniques were documentary research, exploratory analysis of secondary data and semi-structured interviews with managers/professionals and users. Thirty-two institutional documents were analyzed, 64 interviews were conducted and the fieldwork took place from September 2018 to January 2019. The results confirm the assumptions of this research, demonstrating that the multiplicity of social actors involved in regulatory action, with emphasis on the active action of the users, as well as the centralizing configuration of government regulation, limits the privileged normative control in the interaction with other actors. In this context, patterns of structuring meaning and domination predominate, as defined by the theory of structuring. It is concluded that the social practices produced in the regulatory action are asymmetric, revealing contradictions that produce, on the one hand, a favorable condition to the particularistic possibilities of integration between points of the network, and on the other hand, constraints to the systemic performance of primary care as coordinator of access to health services in the SUS.

**Keywords:** Assistance regulation. Health care network. Integration. Structuring theory.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde no SUS	29
<b>Figura 2</b> – Estruturação da Regulação Assistencial	44
<b>Figura 3</b> – Dimensões de análise da teoria da estruturação	46
<b>Figura 4</b> – Distribuição dos pontos de atenção da pesquisa por DS, Salvador – Ba	55
<b>Figura 5</b> – Etapas da pesquisa	60
<b>Figura 6</b> – Rede formal pactuada	135
<b>Figura 7</b> – Rede construída em ato	147

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Modelo de análise da ação regulatória, à luz da TE	49
<b>Quadro 2</b> - Estabelecimentos de saúde que compõem a rede assistencial de pré-natal e parto, onde foram coletados os dados da pesquisa, Salvador – Ba	54
<b>Quadro 3</b> - Narrativas: Responsabilidades entre os entes	71
<b>Quadro 4</b> - Narrativas: Contratualização da maternidade M7	76
<b>Quadro 5</b> - Narrativas: Monitoramento na rede assistencial	78
<b>Quadro 6</b> - Narrativas: Grade de referência assistencial	82
<b>Quadro 7</b> - Quantidade estimada x realizada de consultas de pré-natal na atenção básica, Salvador – Ba, período entre julho de 2017 a junho de 2018	90
<b>Quadro 8</b> - Quantidade estimada x realizada de VDRL em gestantes, Salvador – Ba, período entre julho de 2017 a junho de 2018	92
<b>Quadro 9</b> - Quantidade estimada x realizada de ultrassonografia obstétrica, Salvador – Ba, período entre julho de 2017 a junho de 2018	92
<b>Quadro 10</b> - Quantidade estimada x cadastrada de leitos obstétricos, Salvador – Ba, fevereiro de 2019	95
<b>Quadro 11</b> - Narrativas: Estratégias individuais nas unidades de saúde	103
<b>Quadro 12</b> - Instrumentos de comunicação utilizados na rede assistencial de pré-natal e parto, Salvador – Ba	109
<b>Quadro 13</b> - Narrativas: Mecanismo de referência e contrarreferência	112
<b>Quadro 14</b> - Narrativas: Espaços de governança da rede assistencial	115
<b>Quadro 15</b> – Narrativas: Superlotação das maternidades da rede assistencial	126
<b>Quadro 16</b> – Narrativas: Maternidade de referência x peregrinação das gestantes	130

<b>Quadro 17</b> – Narrativas: Regulação paralela, estratégia ou dificuldade	134
<b>Quadro 18</b> – Elementos da estruturação observáveis na Rede formal pactuada	137
<b>Quadro 19</b> – Elementos da estruturação observáveis na Rede construída em ato	148
<b>Quadro 20</b> - Elementos da estruturação: Rede formal pactuada x Rede construída em ato	152

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Bahia
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CER	Central Estadual de Regulação
CF	Constituição Federal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Colegiado Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMR	Central Municipal de Regulação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CO	Centro Obstétrico
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CR	Complexo Regulador
CRCA	Comissão de Regulação, Controle e Avaliação
CRU	Central de Regulação das Urgências
CT	Câmara Técnica
DAS	Diretoria da Atenção à Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DGC	Diretoria de Gestão do Cuidado
DGRP	Diretoria de Gestão da Rede Própria
DIREG	Diretoria de Regulação da Assistência à Saúde
DS	Distrito Sanitário
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
G	Gestante
GD	Gestão Direta
GI	Gestão Indireta
GT	Grupo de Trabalho
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
M	Maternidade
MS	Ministério da Saúde
NGL	Núcleo de Gerenciamento de Leitos
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PC	Policlínica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMS	Região Metropolitana de Salvador
SAIS	Superintendência de Atenção Integral à Saúde
SAME	Serviço de Arquivamento Médico e Estatística
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SISREG	Sistema de Informação em Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUREGS	Superintendência de Gestão dos Sistemas de Regulação da Atenção à Saúde
SUREM	Sistema de Regulação de Urgência e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Teoria da Estruturação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UM	Unidade Mista
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>I -INTRODUÇÃO.....</b>	<b>19</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO .....	19
1.2 PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS DA PESQUISA .....	22
1.3 RELEVÂNCIA DA PESQUISA .....	24
1.4 ESTRUTURA DA TESE.....	27
<b>2 TRAJETÓRIA POLÍTICO-INSTITUCIONAL DO SUS .....</b>	<b>28</b>
2.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E O ACESSO REGULADO NA PERSPECTIVA NORMATIVA.....	28
2.2 PROBLEMATIZANDO SOBRE A REGULAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE NA REDE REAL .....	32
<b>3 APORTE TEÓRICO E PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA .....</b>	<b>38</b>
3.1 APORTE TEÓRICO .....	38
<b>3.1.1 A Regulação do Acesso à Saúde no Brasil como uma prática social .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1.2 Compreendendo a Regulação do Acesso à Saúde a partir de um referencial sociológico.....</b>	<b>41</b>
3.2 PERCURSO METODOLÓGICO .....	51
<b>3.2.1 O campo de estudos empíricos da pesquisa .....</b>	<b>51</b>
<b>3.2.2 Técnicas e instrumentos de coleta de dados.....</b>	<b>56</b>
<b>3.2.3 Modelo de Análise .....</b>	<b>58</b>
<b>3.2.4 Aspectos éticos .....</b>	<b>61</b>
<b>4 REGULAÇÃO DO ACESSO A SAÚDE NO SUS: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA TEORIA DA ESTRUTURAÇÃO .....</b>	<b>62</b>
4.1 ESTRUTURA E SISTEMA NA AÇÃO REGULATÓRIA DO SUS.....	62
<b>4.1.1 Atores - os agentes da ação regulatória.....</b>	<b>62</b>
<b>4.1.2 Da dimensão estrutura – as regras .....</b>	<b>68</b>



<b>4.1.3 Da dimensão estrutura – os recursos.....</b>	<b>89</b>
<b>4.1.4 Da dimensão sistema – as formas de interação .....</b>	<b>104</b>
<b>4.2 A DUALIDADE ENTRE AÇÃO E ESTRUTURA NA REGULAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE .....</b>	<b>121</b>
<b>4.2.1 A Rede formal pactuada.....</b>	<b>122</b>
<b>4.2.2 A Rede construída em ato.....</b>	<b>139</b>
<b>4.2.3 Dualismo da ação regulatória e a dualidade da rede assistencial de saúde: um convite à reflexão conceitual sobre a Regulação Assistencial à luz dos resultados da pesquisa empírica .....</b>	<b>150</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>157</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>162</b>
<b>APÊNDICE A – RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA ..</b>	<b>170</b>
<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA. CATEGORIA PROFISSIONAIS DA REDE ASSISTENCIAL.....</b>	<b>171</b>
<b>APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA. CATEGORIA PROFISSIONAIS DA REGULAÇÃO .....</b>	<b>176</b>
<b>APÊNDICE D – ROTEIRO DA ENTREVISTA. CATEGORIA USUÁRIO.....</b>	<b>181</b>
<b>APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>184</b>



## **I -INTRODUÇÃO**

### **1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

O conceito de sistemas de saúde integrado em rede está presente na literatura internacional, no campo da saúde coletiva, desde a década de 1920, com a publicação do Relatório Dawson, que apresentou a primeira descrição completa de uma rede regionalizada de assistência à saúde. O documento, elaborado por solicitação do governo inglês a partir da proposta de mudanças no sistema de proteção social do país após a Primeira Guerra Mundial, teve como objetivo central a construção de uma modelagem para organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma determinada região, visando promover a integração do cuidado em saúde (DAWSON, 1964).

A proposta de organização dos sistemas de saúde em redes de atenção foi idealizada com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado em saúde, por meio de um contínuo de ações ao longo da cadeia produtiva de ações e serviços de saúde ofertados, articulando o conjunto de serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade. Sua justificativa está na limitação da oferta de serviços de saúde, que impõe a definição de critérios de priorização de acesso, considerando maior necessidade e risco dentre os usuários solicitantes.

A rede de atenção à saúde representa uma forma de organização sistêmica dos serviços de saúde, que pode ser constituída em “arranjos organizativos” cuja configuração ideal é alcançada pelo equilíbrio entre economia de escala e a oferta de serviços assistenciais de saúde, acessíveis à população de uma região (MENDES, 2015, p.21). O seu desenho institucional deve combinar elementos de dispersão e concentração de serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, em um determinado território, configurando a estrutura física da rede assistencial (MENDES, 2011).

Dentre os atributos essenciais para conformação das redes de atenção à saúde estão previstas tecnologias que promovam a integração organizacional entre os pontos assistenciais

da rede (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2011). De acordo com esses autores, processos de comunicação devem permear a estrutura física e funcional da rede, compondo uma integração organizacional sistêmica dos serviços de saúde, por meio da articulação do conjunto de prestadores de serviços, de diferentes densidades tecnológicas, disponíveis em um determinado território, sob ordenação da atenção primária à saúde (APS).

No Brasil, o sistema de saúde vigente foi criado por meio da Constituição Federal (CF) de 1988, com a denominação de Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”. Na sua conformação normativa, o sistema de saúde brasileiro prevê que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, compondo um sistema único, tendo como diretrizes organizativas, dentre outras, a descentralização com direção única em cada esfera de governo e o atendimento integral à saúde (BRASIL, 1988, p.84, Art.198).

Na sua conformação organizacional mais recente, o SUS se estrutura por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que se expressa nas redes assistenciais temáticas - setores especializados da assistência à saúde, tais como a rede materno-infantil, a rede de oncologia, a rede de urgência e emergência, entre outras, tendo como ordenadora a APS e sendo transversalizada por serviços de apoio e sistemas de integração (BRASIL, 2010).

O mecanismo adotado para integração da RAS no SUS se desenvolve na Regulação Assistencial, objeto de estudo desta pesquisa. Trata-se de uma política pública que tem o objetivo de promover a ordenação sistêmica da rede assistencial de saúde, integrando os pontos de atenção por meio de processos, fluxos assistenciais e protocolos, para garantir a integralidade do cuidado, conforme estabelecido na carta constitucional (GAMARRA; PORTO, 2015). Tais processos, fluxos e protocolos possuem especificidades diferentes, considerando os serviços especializados em cada rede temática, de modo a integrar serviços ambulatoriais, hospitalares e de urgência/emergência para viabilizar o atendimento integral das necessidades de saúde do indivíduo, em determinado território.

Na teoria econômica, o conceito de regulação está associado a uma intervenção estatal, que se utiliza de instrumentos de comando e de controle para corrigir “falhas de mercado”. Para os campos da Administração Pública e das Ciências Sociais, a regulação representa um conjunto de mecanismos que viabilizam a reprodução do sistema social, em função do Estado, das estruturas econômicas e das formas sociais vigentes, por meio de macroprocessos de

regulamentação das políticas públicas e sociais (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

A Regulação Assistencial no SUS, adota essa perspectiva, representa uma estratégia de articulação organizacional do sistema de saúde que busca conciliar as demandas dos indivíduos com a oferta de serviços de saúde, para atender aos princípios constitucionais, em especial a integralidade do cuidado – que propõe a garantia longitudinal de todos os serviços necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde dos usuários e a equidade – traduzida como a distribuição mais adequada dos recursos assistenciais disponíveis por meio de critérios de maior necessidade e risco.

Para Gawryszewski et al. (2012) o cenário onde se estabelecem os processos de Regulação Assistencial no SUS é caracterizado por contradições e tensões. A ação regulatória é uma função de gestão, mas sua atuação se desenvolve na rede assistencial, interligando dimensões do sistema de saúde permeados por interesses conflitantes. Nesse cenário estão envolvidos como atores os entes federados, os prestadores de serviços de saúde, os trabalhadores na sua ação cotidiana e os usuários que buscam os serviços. Para Lobato e Giovanella (2008), embora o Estado seja o principal agente da atividade regulatória no SUS, o mercado, os prestadores de serviços e os profissionais também possuem seus próprios mecanismos de regulação, podendo ter propósitos divergentes dos estabelecidos pelos gestores públicos. Já Cecílio et al. (2014), complementam essa afirmativa, incluindo a atuação dos usuários na produção de outras lógicas regulatórias, para além da regulação governamental, como estratégia de ampliação do acesso aos serviços dos quais necessitam.

Esses achados de pesquisa sobre a regulação no SUS, analisados à luz dos estudos acima ressaltados, autorizam a assumir como premissa para este estudo, que as interações produzidas na rotina da rede assistencial de saúde, envolvendo esse conjunto de atores - gestores, reguladores, profissionais da saúde, prestadores de serviços de saúde e usuários, que podem estar representados por familiares, advogados, entre outros, fazem com que a ação regulatória no SUS seja mais que a aplicação mecânica de procedimentos expressos em normas, protocolos e fluxos assistenciais, construídos mediante conhecimento técnico. A Regulação Assistencial no SUS se configura por práticas sociais estruturadas na interação entre seus atores, tendo por base regras e recursos estabelecidos na implementação da política de saúde, que ordena a institucionalidade da Rede de Atenção à Saúde no território.

As contradições observadas nesse processo têm feito com que o conceito, as práticas e as

finalidades da regulação assistencial venham sendo objeto de debates e questionamentos por parte dos atores sociais envolvidos, em especial pela sociedade, que tem, até o presente, lhe atribuído o demérito de parte das dificuldades de acesso ao SUS, em contraposição ao que se propõe a ação regulatória. Estudos empíricos, sobre a operacionalização da assistência à saúde no SUS, têm mostrado contradições na interrelação entre a APS e o Complexo Regulador (CR), tendendo este último a concentrar sua atuação na atenção especializada, perpetuando a fragmentação da Rede de Atenção à Saúde e priorizando o atendimento das doenças agudas e emergenciais (ALMEIDA et al., 2010; GAWRYSZEWSKI et al., 2012; FARIAS e BARBIERI, 2016; CECÍLIO et. al, 2014; SANTOS e GIOVANELLA, 2016).

Restam lacunas explicativas sobre as condições e propriedades em que se desenvolvem as interações na ação regulatória, e suas consequências expressa em constrangimentos e possibilidades, para a integração sistêmica da Rede de Atenção à Saúde no SUS e para alcance dos seus objetivos propostos.

## 1.2 PRESSUPOSTOS E OBJETIVOS DA PESQUISA

A eficácia do sistema de saúde depende de uma APS resolutiva, fundamentada nos problemas de saúde prioritários da população, interligada em rede com os serviços especializados de diferentes complexidades, atuando como sua ordenadora por meio de processos de acesso regulado. Essa afirmação é uma premissa desta pesquisa, fundamentada em estudos teóricos e empíricos da literatura mundial, e estabelecida por orientações técnicas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e normativas do SUS (SHEAR et al., 1983; WHO, 1985; FARMER et al., 1991; STARFIELD, 1994; BINDMAN et al., 1995; STARFIELD, 1995). Contudo, uma série de outros estudos tem registrado o descumprimento do papel ordenador da rede assistencial por parte da atenção básica<sup>1</sup> no Brasil, atribuindo a desarticulação entre esse nível de atenção e os serviços especializados às fragilidades dos processos regulatórios enquanto mecanismos de articulação da RAS, dentre outros fatores (GIOVANELLA et al., 2009; SERRA e RODRIGUES, 2010; SILVA SF, 2011; ALBUQUERQUE et al., 2013; AGUILERA et al., 2013; CECÍLIO, 2014).

Diante disso, esta pesquisa busca responder a seguinte questão:

---

<sup>1</sup> O nível assistencial da Atenção Primária em Saúde, adotado conceitualmente na literatura internacional, vem sendo desenvolvido na prática do SUS sob a denominação de atenção básica.

De que forma os padrões de estruturação orientam a implementação da Regulação Assistencial no âmbito do SUS, considerando sua atribuição de integração sistêmica da Rede de Atenção à Saúde tendo a APS como ordenadora?

Parte-se dos seguintes pressupostos:

i) A Regulação Assistencial implementada no SUS é centralizada no Complexo Regulador, com forte viés normatizador e racionalizador, sob o poder do ente estatal, privilegiando uma concepção de controle de “conformidade” e não do controle de resultados. Esta situação tem comprometido, até o presente momento, a integração sistêmica da rede assistencial, que se apresenta fragmentada e frágil e não privilegia a APS como ordenadora do acesso à saúde no SUS.

ii) O acesso aos serviços assistenciais no SUS tem sido implementado, na prática, mediante a utilização de diferentes regimes de regulação, mobilizados contingencialmente como estratégia dos atores interessados, por meio da interação social entre estes, no contexto da rede de atenção à saúde.

iii) O predomínio da concepção normativa da regulação na implementação da rede de serviços de saúde, não reconhece a ação relevante do usuário, embora este tenha papel protagonista na construção do seu próprio cuidado à saúde.

Esta pesquisa argumenta que os mecanismos normativos que vem sendo adotados não são aderentes a uma concepção de regulação como prática social, que pressupõe uma contínua implementação da RAS. A ideia de rede e de sua integração sistêmica é um processo permeado de conflitos e tensões pois os problemas enfrentados são de natureza social, conjuntural, históricos e que não são passíveis de “controle” apenas normativo. A ação dos atores envolvidos no processo, em interação constante com outros atores, não é completamente controlável e pode produzir, de um lado uma condição favorável às possibilidades particularistas de intermediação entre pontos da rede, e de outro lado gerar constrangimentos à atuação sistêmica da APS como ordenadora do acesso.

Desde 2011, a construção da RAS no SUS vem sendo implementadas por meio das redes temáticas, que se caracterizam em linhas de cuidado organizadas pelas necessidades específicas para a atenção à saúde de ciclos de vida ou área especializadas. A pesquisa empírica nesse estudo delimita-se na assistência de pré-natal e parto em Salvador – Ba, considerando que essa

linha de cuidado se conforma por meio de uma forte articulação com a APS. Além disso, a Rede Cegonha, rede temática que tem como componentes a assistência ao pré-natal e parto, está formalizada, por meio de normativas, processos e fluxos assistenciais próprios, desde 2011 na cidade de Salvador – Bahia.

Essa pesquisa tem como objetivo geral analisar os padrões da estruturação que orientam a implementação da Regulação Assistencial no SUS, na perspectiva da Rede de Atenção à Saúde. Busca-se também analisar a configuração da rede de comunicação produzida, sob a perspectiva dos gestores e profissionais e dos usuários, na busca pelo acesso aos serviços, envolvendo as unidades de APS e demais pontos de atenção, bem como identificar as possibilidades e constrangimentos produzidos pela aplicação recursiva das regras e recursos na ação regulatória para a integração da Rede de Atenção à Saúde no SUS.

Esta análise fundamenta-se na teoria da estruturação, que defende que a ação molda a estrutura e a estrutura molda a ação, simbioticamente, na realidade dos sistemas sociais, estabelecendo a reprodução ou a transformação de práticas sociais ao longo do tempo, em determinado contexto. Esses elementos podem ser observáveis nas práticas sociais aplicadas recursivamente nas interações produzidas pela ação regulatória para o acesso aos serviços de saúde no SUS, no caso desta pesquisa, dos serviços de pré-natal e parto da rede municipal de Salvador - BA.

### 1.3 RELEVÂNCIA DA PESQUISA

Desde a sua implantação, na década de 1990, o SUS convive com problemas históricos, estruturais e culturais que dificultam a sua efetividade e eficácia, contribuindo para a insatisfação da população usuária.

Nesse contexto, a Regulação Assistencial, instituída para equacionar as falhas do sistema, decorrentes do desequilíbrio entre oferta de serviços e necessidades dos usuários, e integrar os serviços assistenciais na RAS, não vem conseguindo atingir seus objetivos, vez que se observa nos estudos empíricos publicados na literatura uma subversão dos processos e fluxos estabelecidos formalmente e a manutenção das práticas clientelistas que sempre permearam a busca pelo acesso aos serviços de saúde pública no Brasil (GAWRYSZEWSKI et al., 2012; CECÍLIO et al., 2014). Outra evidência observada é o surgimento do processo de judicialização do acesso à saúde, por meio do qual os usuários do SUS têm recorrido cada vez mais ao poder



judiciário para fazer valer seu direito aos serviços de saúde (SANTOS e MERHY, 2006).

Para compreender melhor a atuação da Regulação Assistencial para integração da RAS no âmbito do SUS, realizou-se um levantamento bibliográfico nos repositórios *on-line* de periódicos da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES)<sup>2</sup> e no portal da LILACS<sup>3</sup>, buscando artigos publicados no período de janeiro de 2008 até junho de 2018. Para a identificação dos textos nos bancos de dados foram utilizados os descritores ‘regulação assistencial’, ‘atenção básica’, e ‘rede’, com variações de busca a partir do uso das palavras ‘atenção primária’ e ‘regulação em saúde’. A escolha das palavras-chave foi feita com base na problemática desta pesquisa, com o objetivo de observar o estado da arte sobre o tema na literatura científica e formular categorias de análise para a pesquisa, que serão discutidas posteriormente. Na consulta aos bancos de dados, com os descritores mencionados, foram identificados 679 artigos. Após a leitura *on-line* dos títulos e resumos, e com a eliminação dos artigos em repetição, encontraram-se 53 artigos completos cujos objetos de estudos se aproximam da problemática conduzida nesta pesquisa.

Se faz importante registrar que os artigos identificados são, em sua totalidade, produzidos pela comunidade científica brasileira, uma vez que a Regulação Assistencial, nesse modelo administrativo e operacionalizada por centrais de regulação do acesso, existe apenas no sistema de saúde brasileiro.

Outro ponto digno de nota refere-se ao fato de que os artigos encontrados na literatura, em sua maioria, apresentam estudos descritivos sobre a atuação da Regulação Assistencial e sua capacidade de integração da RAS no SUS. Os estudos encontrados identificam situações tais como, (i) o sub-financiamento do setor, (ii) as desigualdades regionais do país, (iii) a limitada capacidade técnica e gerencial do sistema, (iv) a perpetuação de práticas clientelistas na administração pública brasileira, (v) a fragilidade das relações entre público e privado, (vi) a insuficiência da rede de serviços assistências de saúde, principalmente dos serviços de média e alta complexidade tecnológica, e (vii) as subjetividades inerentes ao campo da saúde, as quais conferem ao SUS a condição de um campo de práticas sociais de grande complexidade (MENDES, 2001; ERDMANN et. al, 2004; KUSCHNIR; CHORNY, 2010; PAIM et. al, 2011;

---

<sup>2</sup> Disponível em <http://www.periodicos.capes.gov.br/>.

<sup>3</sup>Bases de Dados Bibliográficas, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, Ciência, Tecnologia e Inovação, Portais e bibliotecas virtuais, disponível em <http://lilacs.bvsalud.org/>.

GAWRYSZEWSKI et. al, 2012; FLEURY; OUVENEY, 2016).

Esses achados de pesquisas colocam em xeque a atuação da ação regulatória assistencial que tem prevalecido no SUS, e, por conseguinte, o significado de manter esse modelo de intermediação entre o serviço de saúde e o usuário, na medida em que a ocupação das vagas disponíveis na rede de saúde inevitavelmente irá acontecer.

Compreendendo o SUS como um sistema social, considerando toda complexidade inerente às práticas sociais e em contextos desiguais como o brasileiro, restam, portanto, lacunas explicativas sobre as condições e propriedades em que se desenvolvem as interações produzidas na ação regulatória do acesso à saúde no SUS, que justifiquem suas consequências expressas em constrangimentos e possibilidades para a integração da Rede de Atenção à Saúde tendo a atuação da APS como sua ordenadora.

Cecílio et al (2014) fazem uma crítica à racionalidade do pensamento científico contemporâneo, que desvaloriza a experiência social, limitando a capacidade de explicação das práticas sociais na sociedade moderna. Nesta perspectiva, autores como Anthony Giddens (1998) no campo da sociologia, buscaram motivação para sua produção intelectual, construindo vasto conteúdo teórico sobre os fenômenos sociais e metodológico sobre como tais objetos podem ser empiricamente estudados, para compreender as propriedades e tendências inerentes à sociedade moderna.

Giddens (1989, p.XVII) designa como “teoria social” o estudo sobre questões que, segundo o autor, são do interesse de todas as ciências sociais, questões que “se relacionam com a natureza da ação humana e do *self* atuante; com o modo como a interação deve ser conceituada e sua relação com as instituições; e com a apreensão das conotações práticas da análise social”. No campo teórico das ciências sociais, o estudo das interações sociais foi se estabelecendo como um dos pontos centrais de análise. De acordo com Champion (1985), em geral a investigação sociológica aborda temas relacionados à estrutura e ao funcionamento dos sistemas sociais, sendo que a interação social tem se constituído como o principal alvo de indagação, uma vez que os processos decorrentes da interação entre os diversos atores envolvidos produzem interferências na estrutura organizacional.

Pelo exposto, justifica-se a proposta dessa pesquisa, cujo objeto trata-se da ação regulatória para garantia do acesso aos serviços de saúde, através da integração sistêmica, na implementação da Rede de Atenção à Saúde no SUS.

#### 1.4 ESTRUTURA DA TESE

Para alcançar os objetivos propostos, essa tese está estruturada contemplando os seguintes itens. Após essa introdução, no capítulo 2 apresenta-se uma caracterização crítico-reflexiva sobre o objeto de estudo, a Regulação Assistencial, no decorrer do desenvolvimento político-institucional do SUS, e no contexto da implementação da RAS.

No capítulo 3 constam os fundamentos teóricos e o desenvolvimento metodológico da pesquisa. Em relação ao aporte teórico, buscou-se descrever as características da Regulação Assistencial que a configuram como uma prática social e apresentar as formulações da teoria da estruturação que sustentam o modelo de análise construído na tese para explicar os elementos observados nos dados empíricos. O percurso metodológico descreve o campo de estudos empíricos da pesquisa – relatando a amostra de estabelecimentos de saúde definida para a coleta de dados integrantes da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador – Bahia. Aborda, ainda, sobre as técnicas e instrumentos de coleta de dados utilizadas – baseadas em entrevistas, documentos e dados secundários obtidos nos sistemas de informação do Ministério da Saúde, define o modelo de análise e relata os cuidados com os aspectos éticos - que devem ser observados nas pesquisas envolvendo seres humanos.

O capítulo 4 retrata os resultados obtidos na pesquisa empírica, analisados à luz da teoria da estruturação de Anthony Giddens (1979, 1989), dispostos em dois tópicos. O primeiro descrevendo os elementos da estruturação – atores, regras, recursos e formas de integração, presentes na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador - Ba, observados sob a perspectiva dos gestores e profissionais da rede, e dos usuários do serviço. O segundo tópico apresenta as formas de integração que tem orientado a ação regulatória do acesso aos serviços de pré-natal e parto em Salvador, e como essas características influenciam na implementação da rede, considerando a prerrogativa da integrar a APS e os serviços especializados.

Os principais resultados obtidos nessa tese estão apresentados no capítulo 5, nas considerações finais, em seguida estão relacionadas as referências utilizadas na pesquisa e os apêndices que registram informações ou documentos importantes, produzidos pela autora, de modo a complementação a argumentação sustentada nesse trabalho.

## 2 TRAJETÓRIA POLÍTICO-INSTITUCIONAL DO SUS

### 2.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E O ACESSO REGULADO NA PERSPECTIVA NORMATIVA

No Brasil, o SUS, desde a sua criação, configura-se como uma rede física de serviços públicos e privados de saúde, organizados de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada, com comando único em cada esfera de governo. Para Santos (2011), essa configuração requer uma composição de arranjos que sejam capazes de tornar realidade um sistema de saúde que a Constituição Federal (CF) definiu como uma rede de ações e serviços de saúde, cuja organização institucional envolve a articulação de todos os entes federativos, compartilhando, inclusive, o seu financiamento.

Autores como Santos (2011) e Mendes (2011) tem defendido que a integralidade da assistência à saúde somente poderá ser cumprida dentro do sistema de saúde, por meio das redes interfederativas de serviços assistenciais, sendo impossível o seu cumprimento por cada ente da Federação, isoladamente. O conceito de redes, como forma de organização social, é considerado por Castells (1999) como uma tendência histórica baseada na cooperação entre unidades dotadas de autonomia e intensivas em fluxo de informação e comunicação.

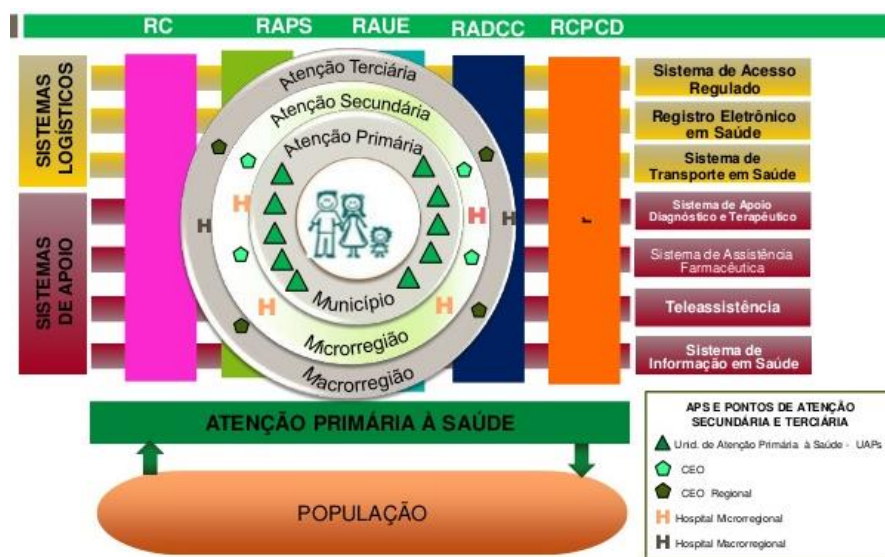
Segundo Mendes (2011) a concepção de rede no suporte às políticas públicas tem sido crescentemente adotada, a partir da década de 1990, na tentativa de superar o desenho hierárquico hegemônico praticado até então. Os estudos desse autor apontam que as organizações rígidas “caracterizadas por pirâmides hierárquicas e pelos modelos de produção pautados nos princípios do taylorismo e do fordismo” estão sendo substituídos por organizações em redes, consideradas como estruturas baseadas na flexibilidade, em processos reversíveis, com interdependências e compartilhamentos de informações e recursos (MENDES, 2011, p.79).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram instituídas normativamente em 2010, para dispor sobre a organização dos serviços prestados pelo SUS. As normas ministeriais definem as RAS como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, compreendidas no âmbito de uma região de saúde, em consonância com as diretrizes pactuadas pelos gestores da saúde nas comissões intergestores (BRASIL, 2010; 2011).

No campo político, essa regulamentação representou o marco de uma nova proposta de organização do SUS, considerada por alguns autores como uma inovação, ao instituir a conformação em redes como uma diretriz permanente do sistema de saúde brasileiro. No campo teórico, essa proposta surge em atenção ao contexto de complexidade crescente das questões sociais relacionadas ao setor saúde, que envolve o aumento de processos de privatização, a descentralização acelerada por meio da municipalização, a globalização, a proliferação de organizações não governamentais atuando na prestação de serviços de saúde, o fortalecimento do controle público, entre outras questões (SILVA SF, 2011; MENDES, 2015).

De acordo com a proposta, as RAS possuem três elementos constitutivos, “uma população e as regiões de saúde, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde” (MENDES, 2015, p.21). A população da RAS estaria circunscrita a um território singular, definidos por meio das informações demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção. Sua estrutura operacional seria constituída pelos elos da rede, representados pelo conjunto dos serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas existentes em um determinado território de abrangência, mas principalmente, pelo conjunto de interações produzidas na articulação entre esses elos. O modelo de atenção à saúde configuraria a lógica organizacional de funcionamento da rede e de articulação entre os seus componentes (MENDES, 2015).

**Figura 1** – Estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde no SUS.



Fonte: Mendes, 2011.

A Figura 1 mostra o desenho esquemático da estrutura operacional das RAS, apresentando a APS numa relação de proximidade direta com a população e como base de

sustentação das redes temáticas, que devem ser organizadas num crescente de complexidade assistencial sob sua coordenação. Na imagem é possível observar a atuação da Regulação Assistencial como item do sistema logístico, transversalizando toda a estrutura operacional da RAS, cujo objetivo é promover a integração entre os pontos de atenção.

Considerando a trajetória político institucional do SUS, há que se observar que antes da instituição das RAS, o Ministério da Saúde já havia publicado, em 2008, a Política Nacional de Regulação como uma atribuição de todos os entes federados, com a prerrogativa de regulamentar em cada território as ações de regulação, controle e avaliação em saúde, determinando a organização das redes e fluxos assistenciais (BRASIL, 2008). As duas políticas ministeriais se conectam na definição de acesso regulado, estabelecido no SUS através da Regulação Assistencial, e que na RAS compõe o sistema logístico da sua estrutura operacional, conforme observa-se na Figura 1.

O termo regulação é polissêmico. O conceito clássico de regulação, na teoria econômica, está associado a uma intervenção estatal, que se utiliza de instrumentos de comando e de controle para corrigir “falhas de mercado”. Para os campos da Administração Pública e das Ciências Sociais a regulação representa um conjunto de mecanismos que viabilizam a reprodução do sistema social, em função do Estado, das estruturas econômicas e das formas sociais vigentes, por meio de macroprocessos de regulamentação das políticas públicas e sociais (SANTOS e MERHY, 2006; OLIVEIRA e ELIAS, 2011; GAMARRA e PORTO, 2015).

No campo da saúde, o conceito de regulação incorpora essas duas dimensões, envolvendo tanto a execução de atividades normativas de regulamentação do mercado, como a intervenção política, administrativa e gerencial do sistema de saúde em geral (OLIVEIRA e ELIAS, 2011). Santos e Merhy (2006), analisando a literatura científica sobre o tema, resumem que a política de regulação em saúde busca o equilíbrio de três objetivos,

- 1) o realismo macroeconômico, que impõe a cobertura de despesas pelas receitas e um sistema que não prejudique o emprego e a produção; 2) a eficiência microeconômica, que exige um nível satisfatório de prestação de serviços, um sistema com bom desempenho, produtividade das estruturas de prestação de serviços e eliminação de desperdícios; e 3) a equidade social, que deve se traduzir no acesso aos cuidados e a uma repartição geográfica equitativa dos meios (SANTOS e MERHY, 2006, p.27).

Os três objetivos descritos pelos autores se refletem nas dimensões do conceito de regulação em saúde adotados na Política Nacional de Regulação do SUS. A dimensão macro

corresponde à Regulação do Sistema de Saúde - que se refere à normatização da política de saúde no país, envolvendo as funções de planejamento, as regras de financiamento e as ações de controle externo e social. No nível intermediário encontra-se a Regulação da Atenção à Saúde - correspondendo ao acompanhamento dos cumprimentos normativos da política nacional de saúde, principalmente por meio das ações de programação, controle, avaliação e auditoria. E na dimensão da equidade social, a Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde, ou simplesmente Regulação Assistencial, objeto de estudo dessa pesquisa - que busca viabilizar a organização hierarquizada da rede de saúde por meio da definição de processos, fluxos assistenciais e protocolos de regulação, integrando seus pontos de atenção para garantir o acesso adequado às necessidades do usuário e a integralidade do cuidado à saúde, definidos na constituição brasileira (BRASIL, 2008).

A Regulação Assistencial, conforme estabelecida nas normas formais do SUS, se desenvolve no complexo regulador e suas unidades operacionais, por meio da regulação médica, que exerce autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e critérios de priorização (BRASIL, 2008). A política de saúde determina que o ato de regular é uma atribuição legalmente designada aos médicos reguladores, que representam o papel do Estado nesse processo, contudo a ação regulatória precisa ser exercida em interação com outros atores, uma vez que a oferta e o uso dos recursos assistenciais acontecem fora da dimensão administrativa onde está inserida a regulação. Entre esse conjunto de atores sociais envolvidos na ação regulatória estão os profissionais de saúde – que solicitam os recursos e que realizam os atendimentos, os representantes das organizações que proveem os serviços de saúde – públicos e privados, e os usuários - que demandam pelos serviços de saúde ou seus representantes.

Entende-se, neste processo, que a Regulação Assistencial representa uma intervenção de um terceiro, entre a demanda não voluntária do cidadão-usuário por serviços de saúde essenciais à manutenção da vida e a efetiva prestação do serviço de saúde oferecido pelo sistema público de saúde, atuando como uma ponte entre o Estado brasileiro e a população. Observa-se, ainda, que existe uma contradição a ser superada entre a Política de Regulação – que preconiza uma rede hierarquizada, e a proposta das Redes de Atenção à Saúde que prevê um desenho horizontal e poliárquico dos serviços.

Neste cenário de desigualdades sociais e econômicas em que o SUS está inserido, os principais desafios do sistema de saúde se referem ao desequilíbrio entre a demanda e a oferta

assistencial da rede e a fragmentação da assistência prestada, motivo que justificou a adoção da Regulação Assistencial como função estratégica na conformação da Rede de Atenção à Saúde. Entende-se, portanto, que a Regulação Assistencial é um processo social dinâmico e em permanente institucionalização, inserida no contexto heterogêneo das esferas subnacionais da federação brasileira, de características complexas.

## 2.2 PROBLEMATIZANDO SOBRE A REGULAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE NA REDE REAL

Um dos motivos que suscitou o interesse no objeto dessa pesquisa foi compreender os fundamentos para formulação da política de regulação do acesso aos serviços de saúde no Brasil, no âmbito da rede de serviços do SUS. Para Cecílio (2012), o *modus operandi* adotado para regular o acesso à saúde no SUS, se caracteriza como regime de regulação governamental. Este regime, difere dos demais países que possuem sistemas de saúde universal integrados em rede, que, em sua maioria, organizam o acesso aos serviços especializados por meio da atenção primária, com mecanismos de integração variados entre os níveis assistenciais (UGÁ, 2012).

Outro incômodo referente ao tema estudado, parte da premissa, amplamente difundida na literatura mundial, de que as redes de atenção à saúde tendem a ser potencialmente mais resolutivas e garantidoras dos princípios da integralidade e equidade preconizados pelos sistemas de saúde universais, na medida em que a APS esteja bem organizada e assumindo o papel de ordenadora da rede.

Uma variedade de estudos empíricos, realizados no Brasil e no mundo, tem mostrado que os sistemas de saúde com orientação pela atenção primária em saúde apresentam melhores resultados em relação a outros modelos de atenção, a exemplo de Bindman et al. (1995) e Starfield (1995), os quais relatam evidências sugerindo que as hospitalizações evitáveis estão associadas à falta de atenção primária. Farmer et al. (1991), mostrou que a proporção de médicos da atenção primária era o único preditor consistente de taxas de mortalidade específicas por idade nos Estados Unidos, mesmo considerando outras características como ruralidade, porcentagem de famílias chefiadas por mulheres, níveis educacionais, status minoritário e taxas de pobreza. Shear et al. (1983) utilizaram um desenho de estudo de retrospectivo, com dois grupos de mulheres grávidas - um cuidado em centros de atenção primária e outro em clínicas obstétricas, mostrando que os recém-nascidos de mulheres do grupo da atenção primária possuíam maior continuidade clínica e apresentavam maior peso ao



nascer. Em 11 países europeus, escandinavos e norte-americanos estudados por Starfield (1994), os países cujos sistemas de saúde são mais orientados para a atenção primária alcançaram melhores resultados em relação ao estado de saúde da população, com base em 14 indicadores como baixo peso ao nascer, mortalidade neonatal, expectativa de vida ajustada por idade e anos potenciais de vida perdidos.

Para analisar os fundamentos que embasaram a regulação do acesso aos serviços de saúde, partindo de tais motivações, se faz necessário refletir sobre alguns aspectos da trajetória político-institucional do SUS, desde sua concepção enquanto política pública, iniciada por meio do Movimento da Reforma Sanitária, que envolveu população, trabalhadores e acadêmicos da área. Promovida por uma construção com base nos movimentos sociais, a partir da sua formulação expressa na Constituição Federal de 1988, a formulação do SUS passou a ser constituída, predominantemente, pela atuação dos gestores dos três níveis de governo, atuantes nas Comissões Intergestoras, em especial no nível nacional – na comissão Intergestora Tripartite (CIT), e no nível estadual – nas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) (PAIM, 2008).

Desde então, a implementação do SUS vem sendo orientada por uma sequência de normas operacionais e portarias ministeriais, editadas como referências para a execução da política de saúde. Essa produção normativa tem sido tão intensa e até excessiva ao constatar situações em que existem pontos comuns tratados em diferentes portarias sem articulação clara. Carvalho et al. (2017, p. 6), em um estudo documental sobre o processo de regionalização no SUS, concluíram que “o arcabouço jurídico-institucional do sistema o torna complexo, ambíguo e de difícil apreensão por parte das equipes gestoras”, analisando que o excessivo viés normativo da implementação do SUS tem dificultado mais do que ajudado o desempenho das funções originais dos espaços de governança do sistema.

Em relação à regulação da saúde, observa-se na literatura sobre o tema, que sua incorporação ao sistema de saúde brasileiro aconteceu à época dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que estabelecia regras de controle para a utilização de serviços de saúde por seus beneficiários. Com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a expansão da rede de prestadores privados via pagamento por produção, a necessidade de uma regulação foi ainda mais valorizada, tendo sido implementada através de ações de controle de gastos, imposição de regras e de fluxos normativos (SANTOS e MERHY, 2006).

Com a criação do Sistema Único de Saúde, o conceito, as práticas e finalidades da regulação em saúde foram sendo reformuladas progressivamente, por meio de portarias ministeriais, a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) – que se propunha a garantir o acesso a todos os níveis de atenção, inaugurando o conceito de 'Regulação Assistencial' como a "disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada" (BRASIL, 2002, p.26). Contudo, não se observa uma avaliação dos formuladores das políticas de saúde sobre o processo de implementação dessas normativas no contexto do sistema de saúde brasileiro, par e passo com suas reformulações, o que, no caso específico da Regulação Assistencial, culmina com a publicação da Política Nacional de Regulação, em 2008.

Na sequência de formulações normativas que não se articulam na prática, apesar de agregarem pontos em comum relativos à organização do SUS, cabe registrar a publicação da Política das Redes de Atenção à Saúde (RAS), em 2010. Essa portaria ministerial oficializa a proposta de organização do sistema de saúde em redes integrais, apesar de muitas outras normas terem sugerido essa intenção anteriormente, estabelecendo a Atenção Básica como centro de comunicação da rede, reconhecendo o seu papel como ordenadora da rede assistencial e coordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção, e definindo a Regulação Assistencial como parte do seu sistema logístico, responsável por promover a integração dos pontos de atenção à saúde, submetida a uma estrutura de governança única (BRASIL, 2010).

Interessante registrar que a Portaria Ministerial nº 1559, que instituiu a Política Nacional de Regulação no SUS foi revogada e incluída na Portaria de Consolidação nº 2, em 28 de setembro de 2017, contudo sem observar suas interconexões com a organização das RAS. Desse modo, o texto da norma foi transferido para o documento consolidado literalmente igual ao estabelecido na norma original (BRASIL, 2017b). Dessa forma, nesse estudo serão mantidos os registros da portaria original que instituiu a política de regulação em 2008.

Os estudos empíricos, realizados no Brasil e exemplificados a seguir, têm revelado que essas determinações normativas, considerando a complexidade inerente aos sistemas sociais em contexto de intensas desigualdades regionais do Estado brasileiro, apresentam muitas contradições para serem implementadas na prática. Em concordância com Silva SF (2011), essa pesquisa admite que propostas para conformação de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS terão chances reduzidas de alcançar o seu propósito de integração e qualificação da assistência se continuarem a adotar modelos prescritivos, sem considerar os elementos contextuais e sem

adotar estratégias de ação adequadas às características locorregionais, para superar problemas específicos.

Bousquat et al. (2017), analisando a coordenação do cuidado pela Atenção Básica na perspectiva da RAS em uma região do estado de São Paulo, evidenciaram a fragilidade da AB em se constituir como porta de entrada e ordenadora da rede. Verificaram como situações limitantes para esse processo a inexistência de fluxos organizados entre a atenção básica e especializada, o funcionamento fragmentado da rede, a ausência de prontuários informatizados e integrados que minimizam a comunicação interprofissional e guias de referência e contrarreferência constituindo-se como instrumentos conservadores e burocráticos, que, na prática, não apoiam a organização das redes.

Santos e Giovanella (2016), realizando um estudo de caso na Região de Saúde de Vitória da Conquista, no Sudoeste da Bahia, concluíram que a Atenção Básica assumia um papel de coadjuvante, não de ordenadora da rede, no processo de Regulação Assistencial na região, em decorrência de situações como a contingência na oferta de serviços, a ausência de instrumentos comunicacionais entre os diferentes níveis assistenciais e a fragilidade na organização do trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF). Tais fatores, na percepção dos autores, comprometem a atuação da Atenção Básica como ordenadora da rede, favorecem a manutenção das relações hierarquizadas entre esta e os serviços especializados e colocam barreiras administrativas no acesso aos serviços de saúde, que burocratizam a continuidade do cuidado e abrem espaço para mecanismos de regulação informais entre profissionais e práticas clientelistas, promovendo iniquidades.

Em outro estudo, Ferreira et al. (2016), pesquisando sobre a percepção dos profissionais da atenção básica da rede SUS em um município brasileiro de pequeno porte, encontrou relatos que denotam as incertezas destes sobre a proposta conceitual e operativa do processo de Regulação Assistencial. Na pesquisa, metade dos profissionais não conheciam os serviços especializados que compunham a rede de saúde e cerca de 30% não conheciam a existência dos protocolos adotados.

Cecílio et al. (2014, p. 8), ao estudarem as narrativas de usuários da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em dois municípios do ABC paulista, são categóricos ao afirmarem que a atenção básica “não reúne condições materiais e simbólicas para funcionar como o centro de comunicação entre os vários pontos que compõem as complexas redes de cuidado”. Os autores

defendem, contudo, que são necessários investimentos para que a atenção básica possa, gradativamente, mediar a regulação do acesso e consolidar-se efetivamente como centro de comunicação da rede, incorporando algumas estratégias, tais como marcação de consulta pelas ESF, criação de mecanismos formais de comunicação entre médicos da rede de atenção básica e as centrais reguladoras e qualificação dos processos microrregulatórios nas unidades básicas.

Silva SF (2011), analisando os desafios para a consolidação das redes integradas de atenção à saúde no SUS, afirma que as condições e estratégias necessárias para avançar com a proposta de integração em rede devem considerar o contexto histórico e social, assim como os marcos político, econômico e técnico que fundamentam a organização do sistema de saúde. Para o autor, dentre os principais desafios está a implementação de modelos de gestão e de atenção à saúde que, de fato, coloquem a atenção básica como centro de comunicação da rede, assumindo o papel de coordenar o cuidado e ordenar as redes de atenção.

Esses estudos empíricos endossam a reflexão de que as formulações de política no âmbito do SUS, ainda que tenham sido elaboradas com as melhores intenções e alinhamento com os princípios doutrinários constitucionais, têm sido construídas com fundamentação em esquemas teórico-conceituais que não têm dado conta da complexidade da vida real. O ciclo da política pública de saúde tem sido conduzido por uma trajetória acrítica, na qual os seus formuladores passam da descrição para a prescrição de novas normas e condutas, sem interpretar, nem explicar, os resultados das propostas em curso no contexto das diversas realidades existentes na sociedade brasileira. Assim aconteceu com a proposta de Regulação Assistencial, incorporada à estrutura operacional da RAS, sem uma análise sobre o alcance dos seus objetivos relativos ao aumento de eficiência e eficácia do sistema de saúde integrado.

A relação entre a Regulação Assistencial e o modelo de atenção adotado no SUS é um dos aspectos para o desempenho da RAS. Se a regulação trabalhar com uma lógica centrada em si mesma, sem articulação com a rede e focada no controle dos serviços privados contratados, vai estar fadada a administrar filas de espera intermináveis (FARIAS, 2009). Nesta linha prescritiva, os serviços básicos de saúde, e não o Complexo Regulador, por conhecer o sujeito na sua singularidade, o contexto local e a oferta de referência dos serviços especializados, seria o ponto da rede com condições de priorizar as situações de maior necessidade e risco. Contudo, a prescrição normativa não é suficiente, os profissionais da atenção básica precisam estar apropriados das condições necessárias para atuar nessa dimensão, integrando-se à dinâmica da rede assistencial na construção de processos de regulação do acesso adequadas às

especificidades locais.

Outro elemento essencial para a prática regulatória, na perspectiva da rede, é a existência de mecanismos de negociação e pactuação entre os atores envolvidos no processo, uma vez que a interação entre estes é matéria prima da ação regulatória. Farias (2009), Fleury e Ouverney (2012) defendem que para a Regulação Assistencial atuar como sistema logístico na estrutura operacional da RAS, as equipes gestoras devem ter como premissa a necessidade de criação de espaços permanentes de diálogo entre os profissionais das centrais de regulação e os profissionais que atuam nos diferentes níveis assistenciais da rede de saúde local, para construção conjunta de fluxos de acesso, linhas de cuidado e outras estratégias de integração sistêmica que apoiem a produção do acesso aos serviços da rede de forma viva e em ato.

Todos os elementos agregados nestas reflexões sobre a prática da ação regulatória do acesso à saúde na RAS, revelam que este não é um processo de fácil condução, de modo que seu funcionamento precisa ser permanentemente construído e pactuado, estimulando a integração entre os atores e institucionalizando a interação em rede. Tais características, justificam a sua caracterização como uma prática social, bem como a adoção de uma abordagem sociológica para análise e explicação dos elementos que permeiam estas relações sociais e suas repercussões sobre o desempenho da política de saúde.

### 3 APORTE TEÓRICO E PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

#### 3.1 APORTE TEÓRICO

Como mencionado anteriormente, sabe-se que a Constituição Brasileira de 1988 define a saúde como direito de todos e dever do Estado, estabelecendo o acesso universal aos serviços de saúde, organizado desde então por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). Entretanto, na prática, este direito fundamental do cidadão brasileiro ainda se apresenta como um direito a ser conquistado, uma vez que se tem observado, na rotina do SUS, uma desigualdade no acesso aos serviços assistenciais de saúde, em especial quando se trata dos serviços de maior complexidade tecnológica.

Verificou-se, ainda, que os problemas enfrentados são históricos e estruturais, e estão ancorados em situações anteriores à própria implantação do SUS, que vieram cronificando ao longo do tempo. Situações tais como o sub-financiamento do setor, as desigualdades regionais do país, a limitada capacidade técnica e gerencial do sistema e a insuficiência da rede de serviços assistenciais de saúde, principalmente dos serviços de média e alta complexidade tecnológica (GAWRYSZEWSKI et al, 2012), têm contribuído para compor um cenário de fragilidades que comprometem a resolutividade do SUS e causam a insatisfação da população.

Nesse contexto de dificuldades, a Regulação Assistencial surgiu como uma estratégia governamental para garantir os meios eficazes de acesso aos serviços de saúde pública para a população usuária, de acordo com regras e critérios técnicos. Não obstante a intencionalidade dos seus formuladores, o processo regulatório tem se revelado extremamente complexo, uma vez que existem variados e diferentes agentes, organizações e mecanismos envolvidos nesta ação, se constituindo num espaço sócio-político onde estão presentes problemas, contradições e negociações que podem, tanto constranger ou habilitar a ação regulatória e sua capacidade de integração da RAS no âmbito SUS.

Esta pesquisa assume, portanto, que a Regulação Assistencial se configura como uma prática social, onde um conjunto de agentes em interação mobilizam continuamente regras e recursos na reprodução de relações sociais que organizam o acesso à saúde no SUS. Entende-se que essa questão pode ser analisada à luz de outras correntes teóricas, como o neo-institucionalismo e a análise de redes sociais. Contudo, considerou-se que a teoria da estruturação, conforme proposta por Anthony Giddens trouxe argumentos relevantes para compreender a complexidade deste *modus operandi* do sistema de saúde brasileiro, ressaltando

aspectos estruturais e contextuais que evidenciam a dinamicidade de uma conformação em rede.

### **3.1.1 A Regulação do Acesso à Saúde no Brasil como uma prática social**

A Regulação Assistencial no SUS se propõe a criar condições de resposta às necessidades reais por serviços de saúde, e enfrentar de forma efetiva a questão da demanda real e da demanda artificial, considerando a oferta existente. Trata-se de uma estratégia para conformação do sistema de saúde no âmbito do SUS, propondo a conciliação entre as necessidades dos usuários e oferta de serviços de saúde, para atender sobretudo aos princípios da integralidade – que consiste em garantir as ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção por meio de um contínuo da atenção contemplando o indivíduo no seu contexto social, familiar e cultural, e da equidade – traduzida como a justa repartição dos recursos disponíveis por meio de critérios de maior necessidade e risco (SANTOS e MERHY, 2006).

Gawryszewski et al. (2012) analisam que esse território onde se estabelecem os processos de regulação do acesso à saúde é perpassado por forças complexas, e na maioria das vezes conflitantes, envolvendo o Estado, os serviços de saúde, os trabalhadores na sua ação cotidiana e os usuários que buscam os serviços, caracterizando um sistema contraditório e repleto de tensões. Rocha (2012) também concorda que o tema regulação do acesso caracteriza um cenário complexo, que envolve muitas dimensões da gestão e da atenção à saúde no âmbito do SUS. De acordo com a autora, esse fato decorre do objetivo da regulação do acesso à saúde que representa uma resposta social do sistema de saúde, numa determinada região, para o reordenamento da atenção à saúde, com significado mais relevante nos locais onde existem maiores estrangulamentos assistenciais, como é o caso do Estado da Bahia, cuja realidade expressa nos indicadores de saúde aponta para a grande concentração de serviços especializados na capital e na baixa resolutividade da rede hospitalar no interior do Estado.

A regulação é conceituada como ação social, em documento técnico do Ministério da Saúde brasileiro, produzido em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), definindo-a como um “conjunto de ações mediatas, de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, que facilitam ou limitam os rumos da produção de bens e serviços em determinado setor da economia”, abrangendo o ato de regulamentar e o conjunto de ações implementadas para assegurar o cumprimento destas regulamentações (MENDONÇA et al., 2006, p. 34). No entanto, contrariamente a esta concepção expressa da regulação como uma prática social, o processo regulatório da saúde, implementado no SUS, vem se desenvolvendo sob o predomínio

da normatividade discricionária.

Ultrapassando o formalismo proposto por meio da regulação governamental, Cecílio (2012) defende que o conceito de "sistema de saúde" precisa ser relativizado e que a ação regulatória deve ser entendida como resultado da interação entre múltiplos atores (individuais, coletivos, institucionais ou não) que vão produzindo diversificados regimes de regulação do acesso e consumo dos serviços de saúde. O autor observa a existência de diferentes "regimes de regulação" como agenciamentos que operam no cotidiano do sistema de saúde e que vão desenhando outros fluxos, pontos de conexão e articulação entre os serviços de saúde, representando uma categoria analítica de inspiração sociológica, por sua ênfase no reconhecimento de relações sociais sincrônicas passíveis de serem descritas e estudadas.

A regulação do acesso e consumo dos serviços de saúde no SUS, sob essa forma de análise, muito mais do que uma atividade burocrático-administrativa-gerencial, de competência governamental, se configura como uma produção social, conformada pelo cruzamento de diferentes lógicas ou regimes de regulação, o que resulta em complexa trama de interações, complementaridades, conflitos e constrangimentos. Essa característica faz com que a regulação assistencial no SUS seja processo em permanente construção, e por isso, permanentemente instituinte (CECÍLIO, 2012).

Seus estudos empíricos descrevem os 4 tipos de regime de regulação que os autores identificaram convivendo de forma concomitante no sistema de saúde: governamental, profissional, clientelístico e leigo (CECÍLIO et al., 2014). O regime de regulação governamental, via complexos reguladores, é apenas um dos múltiplos regimes de regulação do acesso e do consumo de serviços. Essa regulação é produzida com base no arsenal normativo do SUS, tendo como propósito os princípios doutrinários da universalidade - acesso universal para todos os cidadãos, da integralidade - acesso a todos os níveis assistenciais de saúde e da equidade - com adequação de cuidados particulares a necessidades específicas. Tem a figura do gestor como o regulador principal, representado pelos médicos reguladores, responsáveis por garantir tais princípios.

O regime de regulação profissional é aquele feito pelos trabalhadores de saúde, via contatos pessoais, relações de conhecimento e confiança, que produzem fluxos de pacientes que podem respeitar, mais ou menos, conforme as circunstâncias, os circuitos, fluxos e regras da regulação governamental. Cecílio (2012) observa que a lógica formal do sistema de saúde tende



a querer capturar tal regime, pois se avalia que ele “bagunça” a racionalidade prometida pela regulação governamental, sem levar em conta seu potencial cuidador.

O regime de regulação clientelístico, ligado à tradição política brasileira, fruto do protagonismo dos atores políticos - cargos eletivos, representantes de entidades de classe ou conselheiros de saúde, opera numa lógica oposta à regulação governamental, embora faça pontos de contato com ela. A moeda de troca que alimenta este regime de regulação é, em geral, a conquista do apoio em processos eleitorais variados, reduzindo os cidadãos e seus direitos a potenciais eleitores a serem favorecidos por benesses das classes políticas. Não seria possível compreender ou caracterizar a regulação do SUS atualmente sem levar em conta a força deste regime de regulação, uma vez que essa prática exerce um papel destacado em todas as cidades brasileiras. Apesar de contrariar os princípios doutrinários da saúde coletiva, tal regime de regulação não é residual, não é desimportante e, para muitos brasileiros, é o salvo-conduto para acessar os serviços (CECÍLIO, 2012).

O regime de regulação leiga é aquela regulação de acesso aos serviços construída pelos próprios usuários (CECÍLIO, 2012), na maioria das vezes para driblar a impessoalidade do regime governamental. Para caracterizar os regimes de regulação, o autor categorizou os atores reconhecíveis no processo, os recursos que estes mobilizam para alcançar seus objetivos e interesses, seus modos de operação e os produtos ou resultados da ação de seus atores (CECÍLIO, 2012; CECÍLIO et al., 2014).

A descrição dos regimes de regulação, delimitados por Cecílio, indicam a possibilidade de diferentes perspectivas de análise da rede assistencial no SUS, considerando as características observáveis pelo coletivo de atores que vivenciam o cotidiano dos serviços de saúde, em um território específico. Essa percepção inspirou a definição de duas configurações da rede sintetizadas nessa tese, cujo detalhamento será descrito nos próximos tópicos.

### **3.1.2 Compreendendo a Regulação do Acesso à Saúde a partir de um referencial sociológico**

A teoria da estruturação, desenvolvida pelo sociólogo inglês Anthony Giddens, surgiu como uma nova abordagem entre as teorias sociais vigentes até a década de 1960. A pretensão do autor era explicar sobre processos concretos da vida social, questionando a tradição ortodoxa que compreendia o comportamento humano como produto de ações incontroladas pelos seus

atores. Com isto, buscou superar a dicotomia entre ação-estrutura, dominantes nas teorias sociais até então.

A teoria proposta por Giddens adota a premissa fundamental de que a ordem social não pode ser considerada apenas como um elemento externo que se impõe ao agente da ação, deve ser compreendida como o resultado de habilidades cognitivas e práticas complexas (GIDDENS, 1979; GIDDENS, 1989). Uma “ontologia radicalmente processual” da vida social está na ideia central da teoria da estruturação, de onde o autor fundamenta que a existência em sociedade só pode ser compreendida a partir da sua contingência histórica (PETERS, 2017, p.07).

Outro fundamento importante da teoria da estruturação está na compreensão de que as ciências sociais se ocupam de situações que são previamente interpretadas pelos atores humanos que realizam a ação. De modo que, os significados que estes agentes fazem sobre sua prática, além de terem um caráter (inter)subjetivo, são fatores centrais na contextualização de tais práticas, produzidas em sistemas sociais que se reproduzem e se transformam (GIDDENS, 1979; GIDDENS, 1989; PETERS, 2017).

Tais concepções são convergentes com a análise empírica de Cecílio (2012, p.15) para construção das tipologias de regulação da saúde no SUS. Ainda que o autor não tenha assumido essa corrente teórica, sua pesquisa ao se ocupar da ação humana, interessada e situada em contextos históricos-sociais, que impõe restrições e possibilidades no acesso ao sistema de saúde, converge com a concepção processual de Giddens sobre as práticas sociais. Destaca, portanto, o agir dos diversos atores sociais envolvidos no contexto, incluindo e resgatando do anonimato a atuação dos usuários nesse processo, como sujeitos com subjetividades, capacidades e conhecimentos que interagem entre si e produzem lógicas diversas para acessar e consumir os recursos assistenciais na rede de saúde. Outros pontos de convergência podem ser sintetizados a partir da caracterização de Cecílio dos tipos ideais de regimes de regulação, à luz das formulações que descrevem a teoria da estruturação, conforme verifica-se a seguir.

Sob a ótica da teoria da estruturação (GIDDENS, 1979; GIDDENS, 1989), a análise das práticas sociais carece da interpretação das regras e recursos disponíveis em uma determinada estrutura social, que contextualizam a ação humana e habilitam o agente na sua conduta rotineiramente. As regras e recursos descritos na produção da ação humana se constituem também como os meios de reprodução do sistema social, configurando o que Giddens denomina como ‘dualidade da estrutura’. A estrutura pode atuar tanto para constranger, quanto para

facilitar a ação, sendo uma das tarefas da teoria social, assumida por essa pesquisa, estudar as propriedades existentes na estruturação de um sistema social, aqui revelado através da ação regulatória no contexto da rede de saúde, e que reverberam em constrangimentos ou possibilidades no seu desempenho organizacional.

Para analisar a Regulação Assistencial à luz da teoria da estruturação (TE), se faz necessário compreender a concepção giddensiana sobre dualidade da estrutura que está ancorada nos conceitos de ‘agente’ e ‘agência’, ‘sistema’, ‘estrutura’ e ‘estruturação’ utilizados como dimensões de análise da ação regulatória nessa tese.

Desse modo, Giddens define que “ser um agente é ser capaz de exibir (cronicamente, no fluxo da vida cotidiana) uma gama de poderes causais, incluindo o de influenciar os manifestados por outros” (GIDDENS, 1989, p. 17). Um **ator** é, portanto, um agente da ação, com capacidade de exercer algum tipo de poder para ‘fazer uma diferença’ em relação a uma dada situação, por meio dos recursos que dispõe para realizar a ação. Pela sua condição humana é capaz de refletir sobre o que faz enquanto o faz, de modo contínuo, no contexto da atividade social que realiza, o que Giddens (1989) chama de cognoscitividade, sejam os resultados alcançados esperados ou não.

A **agência** é a ação humana orientada, representa a capacidade que o ator possui para fazer coisas, e vai além das suas intenções. Giddens (1979, p.65) descreve a ação humana como um “fluxo contínuo de conduta” que são influenciadas por circunstâncias estruturais produzidas pela história. O autor refere-se ao contexto em que ação acontece em relação ao espaço e ao tempo que as envolvem, enfatizando que toda forma de ação social sofre a influência de dimensões culturais, que não podem ser negligenciadas numa análise explicativa.

A partir dos conceitos de agente e agência na teoria da estruturação, Giddens (1979; 1989) explica que um **sistema** social envolve as relações sociais recorrentes e interdependentes entre atores ou grupos, produzidas no fluxo do tempo, compondo um imbricado composto de interações. Desse modo, padrões de relação social se conformarão como tal na medida em que se organizem recursivamente em sistemas sociais, produzidos e reproduzidos ao longo do tempo.

A **estrutura** é compreendida por regras e recursos que configuram as propriedades estruturais do sistema social, e pode restringir ou habilitar a ação dos agentes. Essas “regras e recursos esboçados na produção e reprodução da ação social são, ao mesmo tempo, os meios

de reprodução do sistema”, caracterizando o que o autor chama de dualidade da estrutura (GIDDENS, 1989, p.22). De acordo com a teoria da estruturação, as regras e recursos da estrutura, aplicados recursivamente pelos atores em interação nos sistemas sociais, compõem a padronização ou a transformação das relações sociais longitudinalmente à relação tempo-espaço (O’DWYER, 2015).

Peters (2017) explica que as ações humanas, por meio das quais os sistemas sociais são historicamente produzidos, acontecem sob mediação das propriedades estruturais em que ocorrem, sendo que tais propriedades são reproduzidas por aquelas ações – caracterizando o que Giddens chama de “produção e reprodução” do social. Com isso, Giddens afirma que até mesmo as mudanças sociais ocorrem ancoradas em elementos do passado (GIDDENS, 1989; RODRIGUES, 2008; PETERS, 2017), destacando a necessidade de compreender como atores sociais pensam o tempo e o espaço em que estão envolvidos e como articulam esse conhecimento com sua prática, para entender os processos de estruturação de um determinado sistema social, bem como os constrangimentos e possibilidades que estes produzem sob a ação humana.

**Figura 2** – Estruturação da Regulação Assistencial



Fonte: Adaptado de Giddens (1989).

Analisar a estruturação de sistemas sociais significa estudar os modos como tais sistemas, fundamentados nas atividades cognoscitivas de atores localizados que se apoiam em

regras e recursos na diversidade de contextos de ação, são produzidos e reproduzidos em interação. As formas pela qual um sistema social é produzido e reproduzido na interação entre os atores, por meio da aplicação de regras e recursos mobilizados num determinado contexto, representam as condições que regem a continuidade ou a transformação de estruturas e, portanto, a **estruturção** deste sistema (GIDDENS, 1989). Essa mútua relação entre estrutura e sistema compõe o conceito de dualidade da estrutura, expresso na Figura 2, onde as propriedades estruturais dos sistemas sociais são tanto os meios quanto o resultado das práticas que constituem tal sistema.

Com essa fundamentação, Giddens (1979, p.104) conclui que as práticas sociais reproduzidas de forma mais duradoura ao longo do contexto histórico se configuram como instituições. O que significa dizer que, para a teoria da estruturção, as instituições representam a padronização de um modo de comportamento na vida social, reconhecidas pela maioria dos membros de uma coletividade, através da sua reconstituição crônica ao longo do tempo e do espaço.

Dessa forma, a estruturção - ou estrutura em interação pode ser analisada na ação regulatória a partir da relação entre as práticas sociais produzidas pelos agentes e as características estruturais do sistema social, observáveis nessa tese por meio dos dados empíricos coletados na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, categorizadas em três padrões de estruturção - significação, dominação e legitimação. Os atores se apoiam nestas modalidades, rotineiramente, na interação com outros atores da rede, fazendo com que as propriedades estruturais sejam reproduzidas recursivamente ao longo do tempo (GIDDENS, 1979; GIDDENS, 1989). Na significação, a interação se apoia na comunicação, por meio da qual os agentes mobilizam esquemas interpretativos, que serão analisados como 'regras semânticas'. Por meio da legitimação, a interação entre os agentes se fundamenta nas sanções de normas, conceituadas como regras morais, classificadas nesse trabalho como 'regras normativas'. Na dominação, a interação entre as agentes se expressa através do exercício de poder enquanto capacidade para mobilização de 'recursos' necessários à ação.

Contudo, essa tipificação é analítica, uma vez que as práticas sociais expressam, conjuntamente, elementos de todas as modalidades de estruturção, combinados de diferentes maneiras. Giddens (1979) afirma que nenhuma prática social pode ser explicada por uma única regra ou tipo de recurso, uma vez que cada contexto situa tais práticas em um conjunto imbricado de regras e recursos, que quando analisados expressam a totalidade do sistema social

onde estão inseridos. Desse modo, analisar as regras envolvidas em determinada prática social contribui para compreender a aplicação e o desempenho das ações realizadas no processo, assim como, analisar os recursos associados facilita o entendimento sobre o poder que os agentes envolvidos mobilizam para realizar uma ação. Essa descrição dos elementos presentes nas modalidades da estruturação explícita porque a estrutura é simultaneamente restritiva e facilitadora. Giddens defende que só em situações muito restritas a coerção da estrutura sobre o agente humano seria total, reforçando que a estrutura é sempre o meio e o resultado da conduta que ela própria organiza.

Essa revisão dos postulados da teoria da estruturação autoriza a utilização dos seus fundamentos para compreensão dos estudos empíricos sobre Regulação Assistencial, conforme adota-se nessa pesquisa. Isso porque a ação regulatória é uma prática social, que se sustenta essencialmente na ação humana em interação, envolvendo um conjunto diversificado de atores, embasada por regras – expressas em normas legais, conhecimento técnico e por esquemas interpretativos negociados e comunicados entre os envolvidos, por meio da mobilização de recursos assistenciais disponíveis no território – distribuídos nos serviços de complexidades diferentes, facilitados ou não de acordo com a capacidade dos agentes.

**Figura 3** – Dimensões de análise da teoria da estruturação.



Fonte: Giddens, 1989.

Essa interação dinâmica entre ação e estrutura, proposta pela TE, no processo regulatório produz constrangimentos e/ou facilidades para a implementação da rede assistencial de saúde, de acordo com o conjunto de características observáveis em determinado cenário. Diante do exposto, essa pesquisa adota, as dimensões de análise, (i) estrutura, (ii) sistema e (iii)

estruturação, para compreender a capacidade da ação regulatória enquanto mecanismo de integração da Rede de Atenção à Saúde no SUS, a partir dos elementos estruturais e das formas de integração produzidas entre os agentes, conforme esquematizado na Figura 3.

No âmbito do sistema, compreende-se as características dos atores sociais envolvidos na rede assistencial, sejam esses indivíduos ou organizações, uma vez que esses agentes são interdependentes e precisam interagir para alcançar os seus interesses. Essas interações contínuas estabelecem relações sociais, que requerem diferentes habilidades dos atores – comunicativa, de poder ou de sanção, considerando a diversidade de situações possíveis de acontecer em cada relação.

A ação regulatória se caracteriza por procedimentos, métodos ou técnicas hábeis executadas conscientemente por agentes sociais utilizando-se regras e recursos. O aspecto normativo das regras refere-se às práticas do ponto de vista dos direitos e obrigações e dos modos pelos quais as práticas podem ser executadas, que podem ser observados, por exemplo, nas portarias, decretos e contratos estabelecidos na rede temática. O aspecto semântico das regras refere-se ao significado qualitativo e processual das práticas, associadas com o seu desempenho, construídas coletivamente, reconhecida como saber técnico.

Considera-se aqui, com base no aporte teórico adotado e em resultados de estudos empíricos, que as regras não são estáticas e, por si só, não determinam a ação dos agentes sociais. Elas são interpretadas e alteradas durante a interação entre os atores envolvidos, que agem com base em subjetivações produzidas sob determinado contexto, de acordo com seus conhecimentos e objetivos na rede, e isso contribui para a mudança na sua aplicação (KLINJ et al., 1995). Por outro lado, as regras geralmente são envolvidas por um processo de contestação, de modo que, embora sejam adotadas para trazer ordem e minimizar as incertezas, devemos reconhecer que a institucionalização de regras são processos repletos de contradições e ambiguidades (DIMAGGIO e POWELL, 1991). Essa capacidade de agência dos atores sociais sobre as regras será analisada na ação regulatória do acesso aos serviços de pré-natal e parto em Salvador, assim como sua influência sobre a integração da rede assistencial.

Os recursos, considerados nessa pesquisa como recursos assistenciais de saúde, são mobilizados por meio das facilidades, que representam as bases de poder a que o agente tem acesso e que ele manipula para influenciar a interação com o outro. Os recursos via autorização (autoritativos) são mobilizados por meio de capacidades que geram o comando sobre as outras

peças – tais como oportunidades na vida, posicionamento social, função hierárquica e relação entre atores. Os recursos via atribuição (alocativos) são viabilizados através de capacidades sobre os objetos materiais – como disponibilidades de ações e serviços de saúde na rede assistencial.

Analisando a literatura descrita por Lotta (2010) compreende-se que os atores sociais interagem na rede estabelecendo moldes dentro dos quais o fluxo de comunicação acontece, e estes moldes remetem para os resultados produzidos pela interação. Desse modo, para entender como se operacionaliza o processo de interação entre os atores da rede, esta pesquisa ressalta a análise sobre o fluxo de comunicação, observando por quais canais ele acontece e que tipo de práticas sociais são produzidas na implementação da ação regulatória para acesso aos serviços de saúde.

Por meio da análise empírica, é possível compreender que a conduta dos atores na ação regulatória é moldada por situações de oportunidades e constrangimentos conferidas pela estrutura social em que a rede assistencial de saúde está inserida. Contudo, a teoria da estruturação provoca a reflexão de que o conhecimento da estruturação e seus elementos não explica todos os possíveis resultados produzidos pela ação humana em interação, no contexto de um sistema social, a exemplo do que ocorre na rede assistencial de saúde. Isso acontece, no entendimento de Giddens (1979), porque no mundo social existem as ações não intencionais e consequências imprevistas da ação, que não podem ser negligenciadas em uma explicação sobre um sistema social.

Sob o aspecto organizacional, a RAS compõe o sistema social sobre a qual está assentada a assistência à saúde no âmbito do SUS. As unidades assistenciais de saúde - os postos de saúde, clínicas especializadas, unidades de pronto atendimento e hospitais, integram a rede física de serviços. A relação entre esses atores da rede assistencial, e destes com os usuários, é mediada pela Regulação Assistencial, que tem a função de integrar o conjunto de atores, fazendo com que o usuário caminhe na rede de saúde, garantindo o seu atendimento contínuo ao longo de uma linha de cuidado.

O esquema cognitivo exposto no Quadro 1, tendo como ponto de partida a questão norteadora da pesquisa, que deu suporte à análise das evidências empíricas coletadas e procurou entender as razões pelas quais a Regulação Assistencial no SUS apresenta-se ainda incipiente e fragmentada, conforme um dos pressupostos desta pesquisa.



**Quadro 1**– Modelo de análise da ação regulatória, à luz da TE.

CONCEITO - Ação regulatória	DIMENSÕES DE ANÁLISE	DIMENSÕES EMPÍRICAS	EXPRESSÕES EMPÍRICAS	VARIÁVEIS OBSERVÁVEIS	
	Sistema	Atores		Quem são os agentes da ação regulatória e quais são as suas características no contexto.	Atores envolvidos no processo regulatório
					Natureza jurídica dos prestadores de serviços da rede
		Formas de integração		As práticas sociais produzidas na ação regulatória se apresentam assimétricas, observando-se contradições do tipo: a. Individuais x Coletivas; b. Hierarquias x em Rede; c. Integração social x Integração Sistêmica.	Instrumentos de comunicação entre pontos de atenção da rede
					Mecanismos de articulação entre a atenção básica e serviços especializados
	Estrutura	Regras		As regras normativas podem ser observadas por meio de: a. Regras e obrigações morais definidas nas normativas legais; b. Responsabilidades definidas entre os gestores; c. Prestação de contas por meio de processos de monitoramento e avaliação.  As regras semânticas podem ser observadas por meio de: a. esquemas interpretativos estabelecidos na linha de cuidado e nos protocolos assistenciais e de regulação.	Formalização da linha de cuidado
					Divisão de responsabilidades entre os entes federados no processo regulatório
		Recursos		A mobilização de recursos pode ser analisada através dos seguintes aspectos: a. descrição sobre a oferta e qualidade dos serviços oferecidos na rede; b. proatividade dos agentes manifestada nas suas estratégias individuais de ação.	Contratos firmados com os prestadores da rede
					Mecanismos de monitoramento da rede
					Grade de referência assistencial
Protocolos clínicos e/ou de regulação					
Estruturação	Padrões de estruturação	A interação entre agência e estrutura na ação regulatória se expressa na rede assistencial por meio de uma mescla dos padrões de estruturação (significação, dominação, legitimação), ressaltando um ou outro tipo, de acordo com as configurações de rede observáveis pela descrição dos profissionais ou dos usuários dos serviços.	Suficiência da rede assistencial		
			Dificuldades no acesso aos serviços na rede assistencial		
			Estratégias individuais para garantia do acesso		
			Percepção do entrevistado sobre o acesso da população local aos serviços de saúde da rede		
				Percepção do entrevistado sobre a atuação da regulação no acesso da população local aos serviços de saúde da rede	
				Estratégias coletivas para garantia do acesso	
				Configuração da rede formada pelo fluxo de comunicação produzido no acesso aos serviços assistências de saúde	

Fonte: Elaborado pela autora.

Dois aspectos, em especial, nos estudos do Professor Luiz Cecílio (2012, p.92) sobre os regimes de regulação influenciaram o método de análise deste estudo. A identificação de que o

acesso aos serviços de saúde no SUS se desenvolve mediante a interação de diferentes lógicas regulatórias, que, mobilizadas pela racionalidade dos diversos atores envolvidos num contexto social, histórico e político específico, produzem a articulação dos diversos regimes de regulação operando concomitantemente na rede assistencial. E o reconhecimento da ação ativa do usuário nesse sistema de interações que, com base nos seus conhecimentos, experiências e necessidades, também mobiliza regras e recursos para viabilizar seu acesso aos serviços de saúde.

Para análise explicativa sobre a capacidade de interação da ação regulatória na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador – Ba, a partir dos dados empíricos coletados e do modelo de análise descrito no Quadro 1, essa pesquisa construiu duas configurações distintas de conformação da rede, ainda que se reconheça que toda tipificação corre o risco de redução da realidade, na medida em que tais tipos não se apresentam de forma pura no contexto real.

A primeira configuração, classificada como *Rede formal pactuada* – centra-se na interpretação dos gestores e profissionais das unidades de saúde dos diferentes níveis de complexidade, pautada em regras normativas e esquemas pactuados nos diferentes espaços de gestão da Rede Cegonha em Salvador para mobilizar os recursos disponíveis, apresentando os usuários de uma forma generalizada. A segunda configuração, denominada *Rede construída em ato* – assume a centralidade nas usuárias como responsáveis pela mobilização das regras e recursos, na interação com outros atores, para acessar os serviços de que necessitavam no cotidiano da rede assistencial.

Os problemas da implementação da RAS no SUS, sob à ótica da teoria da estruturação, permite a análise da atuação da regulação assistencial e sua capacidade de integração da rede, como um processo político e social e não apenas organizacional. A ação regulatória, nessa perspectiva analítica, é reconhecida como mecanismo de interação entre os atores envolvidos na mobilização de regras e recursos assistenciais, cujo objetivo é viabilizar o acesso adequado e oportuno ao usuário do SUS. Observa-se que a implementação cotidiana dessa rede assistencial de saúde não ocorre de forma ideal, e como qualquer produção social envolve constrangimentos e facilidades, cujas características e contexto permitem a compreensão dos padrões de estruturação que orientam as interações produzidas na ação regulatória, em cada uma das configurações de rede construída e adotada por esta pesquisa.

## 3.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Para compreender a atuação da Regulação Assistencial no âmbito das RAS no SUS, esta tese adota a perspectiva de interpretação defendida por Minayo (2004), que afirma não haver consenso nem ponto final na construção do conhecimento, cujo limite é a capacidade de objetivação humana e seu processo de construção acontece na dinâmica relação entre a razão e a experiência do pesquisador.

Segundo Gil (2007), a pesquisa científica é o resultado de uma investigação minuciosa, na qual o pesquisador realiza sucessivas aproximações do objeto pesquisado buscando a compreensão do mundo real. Entendendo, contudo, que tal compreensão da realidade a investigar é um processo permanentemente em construção, pois o conhecimento é sempre um produto inacabado (MINAYO, 2004). Uma vez que a metodologia representa um conjunto de procedimentos e técnicas empregados para sistematizar o pensamento e orientar o conhecimento para uma determinada realidade (SANTANA e NASCIMENTO, 2010), esse tópico descreve os procedimentos e etapas do percurso metodológico empregados nesta pesquisa.

Esta pesquisa se caracteriza como qualitativa, do tipo explicativa, ao buscar analisar a atuação da Regulação Assistencial na integração da Rede de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, para compreender os elementos que influenciam sobre o fenômeno estudado. Para esta análise optou-se por um estudo de caso – caracterizado como uma investigação empírica para compreender um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto real (GODOI et al., 2010), ilustrado a partir da ação regulatória produzida na rede assistencial de pré-natal e parto, no âmbito do SUS, na cidade de Salvador – Bahia. Essa política, instituída por meio da Portaria Ministerial nº 1.459, de 24 de junho de 2011, sob a denominação de Rede Cegonha, prevê a implementação de serviços assistenciais de saúde que garantam às mulheres, dentre outras coisas, o acesso a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, de forma integral, sob a coordenação da atenção básica (BRASIL, 2011a).

### 3.2.1 O campo de estudos empíricos da pesquisa

Considerando a necessidade de estabelecer um recorte da Rede de Atenção à Saúde para o estudo empírico, a opção desta pesquisa pela Rede Cegonha, como caso ilustrativo, justifica-se por se tratar de uma política de saúde cuja estrutura organizacional formal propõe uma

articulação orgânica entre os serviços da rede básica e da assistência especializada, conforme descrito nos componentes da política. Se faz necessário registrar que esta pesquisa não se propõe a analisar as especificidades desta rede temática, apenas tomá-la como delimitação para análise da ação regulatória dentro de um determinado contexto da RAS.

A Rede Cegonha possui outros componentes assistenciais, relativos aos cuidados com o bebê, contudo esta pesquisa focou sua atenção nos componentes de pré-natal e parto, de modo a delimitar o campo de estudos nas especificidades da assistência à mulher. Normativamente, tem-se que, por meio do Componente de Qualificação do Pré-Natal todas as gestantes devem ter acesso aos exames necessários e as gestantes de alto risco terão a garantia do encaminhamento ao serviço especializado, mantendo o acompanhamento pela equipe de atenção básica. O Componente do Parto e Nascimento estabelece a estratégia de vinculação da gestante à unidade hospitalar onde o parto será realizado, ainda durante o pré-natal. Essa estratégia deve ser mediada pela atenção básica e se configura em uma modalidade de acesso regulado que se desenvolve pela articulação da rede sem a participação do complexo regulador. O Componente de Sistema Logístico, que inclui a Regulação Assistencial, deve viabilizar o acesso da gestante aos demais níveis de assistência à saúde, tais como exames complementares, consultas especializadas, o local em que será realizado o parto e o contato com outras tipologias de atenção por meio das centrais de regulação ou contato direto (BRASIL, 2011a).

Por outro lado, apesar das determinações normativas, observa-se que a Rede Cegonha tem revelado na rotina dos serviços as mesmas dificuldades em relação à operacionalização da rede assistencial no SUS. Uma pesquisa realizada por Barreto (2013) mostrou que, apesar da implantação da Rede Cegonha, as gestantes continuavam a peregrinar para conseguir a assistência ao parto. Dados desse estudo mostraram que 70% das mulheres da região nordeste que acessaram uma maternidade tiveram, antes, a vaga obstétrica negada em outra unidade da rede, mostrando uma fragilidade do acesso regulado ao serviço de parto.

Diversos fatores têm contribuído para manutenção desse contexto de dificuldades, tais como a incipiente organização dos serviços de saúde para operar na lógica de rede tendo a atenção básica como ordenadora, perpetuando a fragmentação das ações e dos serviços de saúde; o desequilíbrio entre a oferta de serviços para assistência materno infantil e a demanda da população, com grande concentração de serviços na capital; as práticas de atenção e regulação do acesso à saúde conservadoras e tecnocráticas, com baixa capacidade de planejamento integrado e pouca participação social; problemas de comunicação entre os

usuários e os serviços de saúde (COSTA, 2016; SANTOS, 2016). Tais características compõem um cenário semelhante ao contexto vivenciado pelo SUS como um todo, permitindo a análise delimitada, mas sem descaracterizar o universo do sistema de saúde.

O lócus da pesquisa empírica foi a cidade de Salvador – Bahia, sendo a rede assistencial de pré-natal e parto composta pelo Complexo Regulador de Salvador – que envolve as Centrais de Regulação de Consultas e Exames, de Urgência e Emergência e de Leitos, e pelas unidades assistenciais de saúde, contemplando pontos de atenção nas categorias da atenção básica, serviços ambulatoriais - que ofertam consultas e exames, serviços de urgência/emergência e as maternidades, distribuídos no território em 12 Distritos Sanitários (Figura 4).

A opção pela cidade de Salvador, capital do Estado da Bahia, como local de desenvolvimento da pesquisa empírica obedeceu ao critério de escolha de um caso que se diferencia em termos de condições estruturais, materiais e humanas que contemple todos os níveis de complexidade da rede assistencial de saúde em um mesmo território. De modo que Salvador, por ser o maior município do Estado da Bahia, a rede assistencial contempla desde a atenção básica até os serviços de assistência terciária ao pré-natal e parto, reunindo as melhores condições para pesquisar a dinâmica da rede assistencial, comparativamente aos outros municípios do Estado.

O Município de Salvador passou a integrar a Rede Cegonha, a partir da publicação da Portaria Ministerial n.º 3.060, em 21 de dezembro de 2011, que aprovou o Plano de Ação da Rede Cegonha para a Região Metropolitana de Salvador (RMS). Este documento propõe uma série de ações a serem implementadas, em cada componente da política, e determina expressamente que “todos os componentes da rede previstos nesta portaria deverão ser regulados, conforme pactuação intergestores” (BRASIL, 2011c, p.1).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador normatizou, por meio do Decreto Municipal n.º 23.569, de 05 de dezembro de 2012, regulamentando a Lei Municipal (Lei da Maternidade Certa) n.º 7.851/2010, o direito da mulher ao atendimento na gravidez e no parto, a ser realizado na unidade de saúde mais próxima de sua residência para o pré-natal, a partir do qual teria conhecimento e vinculação à maternidade de referência, na qual será realizado seu parto e os atendimentos de urgência/emergência durante o pré-natal (SALVADOR, 2012).

A partir desses marcos legais, a rede assistencial de pré-natal e parto, em Salvador, passou se desenvolver por meio das ações previstas para implementação da Rede Cegonha, dentre as

quais destacamos como relevante para esta pesquisa: i- a elaboração do Protocolo de Regulação do Acesso para atendimento, a gestante e ao neonato; ii - a implantação do Fórum da Rede Cegonha da RMS; e iii - a construção do mapa de vinculação das gestantes de Salvador.

**Quadro 2** – Estabelecimentos de saúde que compõem a rede assistencial de pré-natal e parto desta pesquisa, Salvador – Ba.

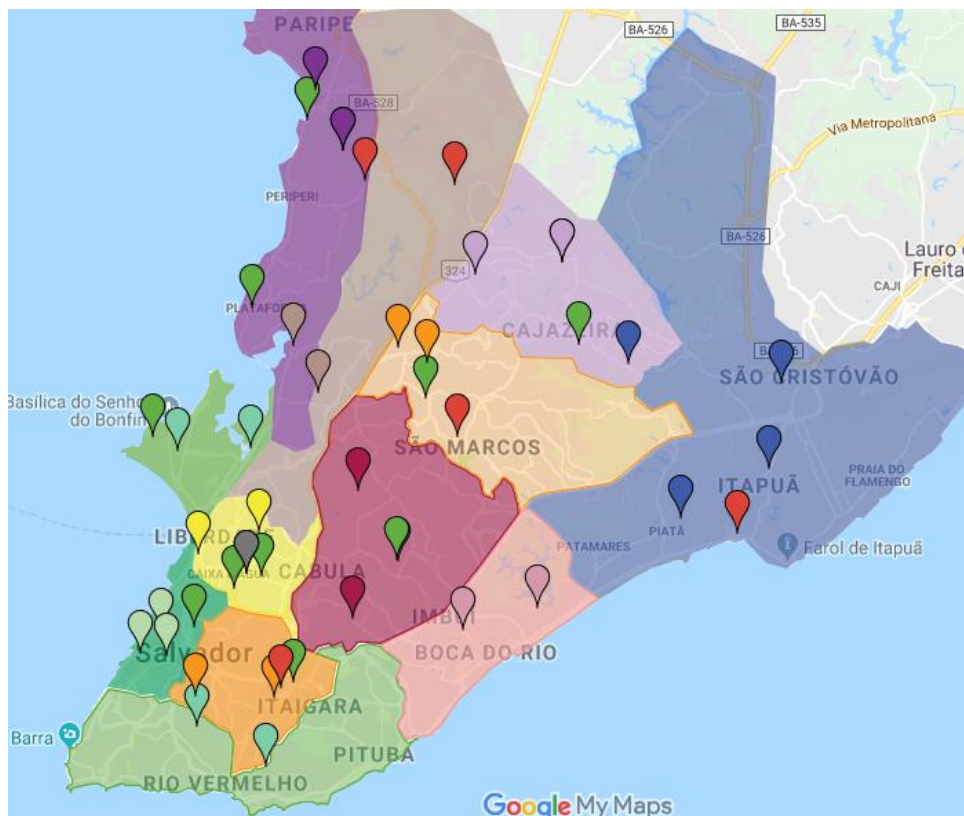
<b>Distrito Sanitário</b>	<b>Código dos Estabelecimentos de Saúde</b>	<b>Categoria Assistencial</b>	<b>Nível de Gestão</b>	<b>Natureza Jurídica</b>
DS1	UM1	Ambulatorial	M	Pública Municipal - Terceirizada
	USF1	Atenção Básica	M	Pública Municipal
DS2	PC2	Ambulatorial	M	Pública Municipal - Terceirizada
	M2	Maternidade	E	Pública Federal
	UBS2	Atenção Básica	M	Pública Municipal
	USF2	Atenção Básica	M	Pública Municipal
DS3	UM3	Ambulatorial	M	Pública Municipal - Terceirizada
	USF3	Atenção Básica	M	Pública Municipal
DS4	PA4	Pronto Atendimento	M	Pública Municipal - Terceirizada
	M4	Maternidade	E	Pública Estadual
	UBS4	Atenção Básica	M	Pública Municipal
	USF4	Atenção Básica	M	Pública Municipal
DS5	M5	Maternidade	E	Pública Estadual
	CER	Central de Regulação	E	Pública Estadual
	UBS5	Atenção Básica	M	Pública Municipal
	USF5	Atenção Básica	M	Pública Municipal
DS6	M6	Maternidade	E	Pública Estadual
	UBS6	Atenção Básica	M	Pública Municipal
	USF6	Atenção Básica	M	Pública Municipal
DS7	M7	Maternidade	D	Organização sem fins lucrativos
	UBS7	Atenção Básica	M	Pública Municipal
	USF7	Atenção Básica	M	Pública Municipal
DS8	PA8	Pronto Atendimento	M	Pública Municipal - Terceirizada
	PC8	Ambulatorial	M	Organização sem fins lucrativos
	UBS8	Atenção Básica	M	Pública Municipal
	USF8.1	Atenção Básica	M	Pública Municipal
	USF8.2	Atenção Básica	M	Pública Municipal
DS9	UM9	Ambulatorial	M	Pública Municipal - Terceirizada
	CRU	Central de Regulação	M	Pública Municipal
	CMR	Central de Regulação	M	Pública Municipal
	M9.1	Maternidade	E	Pública Estadual - Terceirizada
	M9.2	Maternidade	E	Pública Estadual
	USF9	Atenção Básica	M	Pública Municipal
DS10	PA10	Pronto Atendimento	M	Pública Municipal - Terceirizada
	M10	Maternidade	E	Organização sem fins lucrativos
	UBS10	Atenção Básica	M	Pública Municipal
	USF10	Atenção Básica	M	Pública Municipal
DS11	PA11	Pronto Atendimento	M	Pública Municipal - Terceirizada
	UBS11	Atenção Básica	M	Pública Municipal
	USF11	Atenção Básica	M	Pública Municipal
DS12	PA12	Pronto Atendimento	M	Pública Municipal
	M12	Maternidade	E	Pública Estadual
	UBS12	Atenção Básica	M	Pública Municipal
	USF12	Atenção Básica	M	Pública Municipal

Fonte: Elaborada pela autora, a partir do banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2019).

Os estabelecimentos que compõe o escopo da pesquisa para coleta dos dados foram selecionados seguindo a distribuição territorial nos DS e as categorias assistenciais envolvidas na rede, atendendo aos seguintes critérios: 1 - Todas as maternidades do território de Salvador; 2 - Todas as centrais de regulação existentes em Salvador; 3 - Ao menos 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) em cada DS; 4 - Ao menos 01 Multicentro de Saúde/Unidade Mista de Saúde em cada DS; 5 - 01 Unidade Básica de Saúde (UBS) por DS; 6 - 01 Unidade de Saúde da Família (USF) por DS.

Desse modo, após a supressão de um estabelecimento fechado para reforma, de uma recusa em participar da entrevista e a agregação de 2 unidades que constavam nome diferente mas funcionavam no mesmo estabelecimento, a coleta de dados desta pesquisa contemplou 44 pontos de atenção da rede assistencial de pré-natal e parto, no âmbito do SUS, na cidade de Salvador – Bahia, relacionados no Quadro 2.

**Figura 4** – Distribuição dos pontos de atenção da pesquisa por DS, Salvador – Ba.



Fonte: Google Maps.

Entre as unidades relacionadas, encontram-se estabelecimentos mantidos pelo ente Estadual e pelo ente Municipal. Assim como existem unidades privadas – contratualizadas ao

SUS, unidades públicas geridas diretamente pela administração pública correspondente e unidades públicas geridas por empresas terceirizadas. A distribuição territorial do recorte de 44 pontos de atenção da rede assistencial de pré-natal e parto, no âmbito do SUS, na cidade de Salvador – Bahia pode ser visualizado na Figura 4.

### **3.2.2 Técnicas e instrumentos de coleta de dados**

Godoi et al (2010) defendem que é inerente à pesquisa qualitativa a utilização de diferentes fontes de informação. Desse modo, no desenvolvimento desta pesquisa foi utilizado um conjunto de instrumentos e técnicas de coleta dos dados empíricos que permitiram alcançar os objetivos propostos, envolvendo pesquisa documental, análise exploratória de dados secundários e entrevista semiestruturada. Entendemos, também, que a triangulação de dados, necessária para a estratégia de estudos de caso, possibilita explorar o fenômeno estudado da forma mais ampliada, assim como, produzir uma vigilância interna da pesquisa, buscando uma corroboração entre os dados coletados por fontes diferentes (MINAYO, 2004).

A pesquisa documental explorou documentos normativos e institucionais que subsidiaram a conformação da Política de Regulação em Saúde e da Rede Cegonha, de âmbito municipal e estadual, envolvendo normas do SUS, registros das comissões intergestores, registros do Fórum da Rede Cegonha da RMS e documentos técnicos produzidos sobre o tema.

Os registros produzidos pelo Fórum da Rede Cegonha da RMS, no período correspondente a julho de 2017 a junho de 2018, foram disponibilizados pela Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC), órgão da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) que coordena as reuniões. Outros documentos oficiais referentes à temática foram encontrados nas páginas oficiais da SESAB e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Salvador, ou disponibilizados pelos entrevistados durante a visita às unidades integrantes da pesquisa.

Foram identificados 32 documentos relevantes para a pesquisa (APÊNDICE A), referentes à implementação da Regulação Assistencial e da rede assistencial de pré-natal e parto, que contribuiriam para a compreensão de elementos que estruturam as relações sociais produzidas na ação regulatória, no contexto de Salvador – Ba.

A fim de identificar os recursos disponíveis na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador e sua capacidade produtiva, foram utilizadas as bases de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e do Tabnet, ambos disponibilizados pelo Departamento



de Informática do SUS (DATASUS). No CNES realizamos consulta sobre a ficha detalhada dos estabelecimentos de saúde que integraram a pesquisa, localizados no município de Salvador, observando informações referentes ao tipo de estabelecimento, nível de gestão, natureza jurídica e número de leitos. No banco de dados do programa Tabnet, foram observados os dados de produção hospitalar das maternidades e o perfil das internações hospitalares, no período entre julho de 2017 a junho de 2018, realizados pelas maternidades públicas e privadas em Salvador - Ba. Além dos dados de produção ambulatorial, relativos à procedimentos da assistência pré-natal, realizados pelo SUS no território de Salvador, correspondente ao período citado.

A técnica de entrevista semiestruturada, segundo Minayo (2004), combina perguntas fechadas e abertas, dando ao entrevistado a possibilidade de fornecer informações sobre o tema em questão de forma mais livre. Godoi et al. (2010) entendem que a entrevista semiestruturada deve ser utilizada quando o pesquisador deseja compreender os significados e elaborações que o entrevistado produz sobre determinadas situações referentes ao fenômeno estudado.

Godoi et al. (2010, p.315) defendem que “está na hora de prestarmos atenção ao *como*, aos contextos, às situações particulares, às nuances, aos comportamentos, ao envolvimento das pessoas e outros aspectos sobre os quais as interações da entrevista têm lugar”. Essa perspectiva interativa da entrevista possui aderência com os objetivos desta pesquisa, fundamentados na interação dialógica entre ação e estrutura que a teoria da estruturação (GIDDENS, 1989) propõe para analisar a ação regulatória do acesso à saúde no SUS como uma prática social. Uma vez que tomamos a interação como elemento essencial na análise desse processo, necessitamos captar mais que dados informativos, o que nos interessa é a interpretação dos atores sobre as informações e conceitos referentes à estrutura social e sua adaptação ao contexto em que está envolvido (GODOI et al., 2010).

A realização das entrevistas desta tese foi orientada por três roteiros semiestruturados desenvolvidos com algumas especificidades para os Profissionais da Rede Assistencial (Apêndice B), os Profissionais da Regulação (Apêndice C) e as Usuárias do serviço (Apêndice D). Esses roteiros foram elaborados considerando a finalidade de “apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa” (MINAYO, 2004). Tomando os atores como sujeitos culturalmente constituídos e circunstancialmente situados, buscamos nas entrevistas mobilizar o estranhamento subjetivo, latente nas situações cotidianas vivenciadas na rede assistencial, para colher a livre manifestação das suas lembranças, expectativas,

interesses, motivações e frustrações, que Godoi et al. (2010) designam como a produção de ‘discursos motivacionais inconscientes’, de modo a relacionar com as categorias de análise propostas pelo referencial teórico construído nesta pesquisa, descrito no tópico anterior.

Dessa forma, a entrevista semiestruturada foi aplicada nas 44 unidades de saúde que caracterizam a amostra da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, contemplando a diversidade de atores envolvidos na ação regulatória, localizados no Complexo Regulador e em pontos de atenção nos diferentes níveis de complexidade assistencial. Em cada ponto de atenção foi entrevistado o gestor responsável pela unidade ou um profissional envolvido com a assistência de pré-natal e parto por ele designado. Foram entrevistadas, ainda, gestantes ou puérperas, encontradas nas unidades no momento das visitas e que se dispusessem a participar da pesquisa, totalizando 20 mulheres usuárias dos serviços de saúde. As entrevistas foram gravadas, com autorização dos entrevistados, transcritas e analisadas juntamente com os documentos e dados secundários levantados na pesquisa.

### **3.2.3 Modelo de Análise**

O tratamento do material empírico numa pesquisa científica busca promover a articulação entre as informações produzidas na coleta de dados e a teoria adotada, levando em consideração diferentes dimensões de análise. Para Santana e Nascimento (2010), esse momento tem o objetivo de estabelecer relações dialéticas, por meio da triangulação, entre o material empírico de diferentes fontes de informação e o referencial teórico, considerando o contexto que envolve o fenômeno pesquisado em sua realidade histórica e social.

Considerando os objetivos estabelecidos, esta pesquisa adota, em parte, a perspectiva da Hermenêutica-Dialética como um “caminho do pensamento” (MINAYO, 2004, p.218), organizando as etapas da pesquisa de modo a produzir uma análise entre a teoria e a práxis, atenta à intersubjetividade existente nas relações sociais, por meio de uma metodologia que seja capaz de observar os significados e as intencionalidades como elementos presentes na ação humana, nas interações entre os atores e nos sistemas sociais. Pretendeu-se, então, analisar o fenômeno da Regulação Assistencial, não para encontrar apenas regularidades, mas para identificar também contradições, bem como para compreender e interpretar possíveis mudanças. Nessa proposta, a dialética contribui como a arte do estranhamento e da crítica, e a hermenêutica como a arte da compreensão.

Minayo (2004) define Hermenêutica e Dialética a partir de uma síntese de fundamentos da Filosofia e das Ciências Sociais, mostrando os limites e complementaridades entre os dois conceitos para a produção de uma racionalidade científica que produza o encontro entre teoria e prática transformadora. Para a autora, a crítica Dialética enfatiza o estranhamento, a contradição e a ruptura de sentido, uma vez que o ato de compreender exige, antes, um julgamento desconfiado que desvele as incertezas e dúvidas existentes no campo social.

Por outro lado, a Hermenêutica propõe a articulação das unidades de sentido. De acordo com a autora “consiste na explicação e interpretação de um pensamento”, que busca entender os motivos que levam o ator social a acreditar em determinadas coisas, a valorizar uma norma, a creditar confiança ou responsabilidade a outros atores e a agir de uma forma e não de outra (MINAYO, 2004, p.219). A Hermenêutica considera, ainda, que tanto o sujeito que informa, como o que escuta e interpreta são marcados por suas próprias referências culturais, históricas e sociais. Entende que o pesquisador, além dos sujeitos em estudo, é um ator em situação (MATUS, 1996), integrante do espaço onde se processa o jogo social, e, portanto, não é parte desinteressada em seu resultado. A própria escolha do fenômeno estudado e as abordagens de análise já refletem sua inserção no mundo, suas crenças e opções ideológicas e políticas.

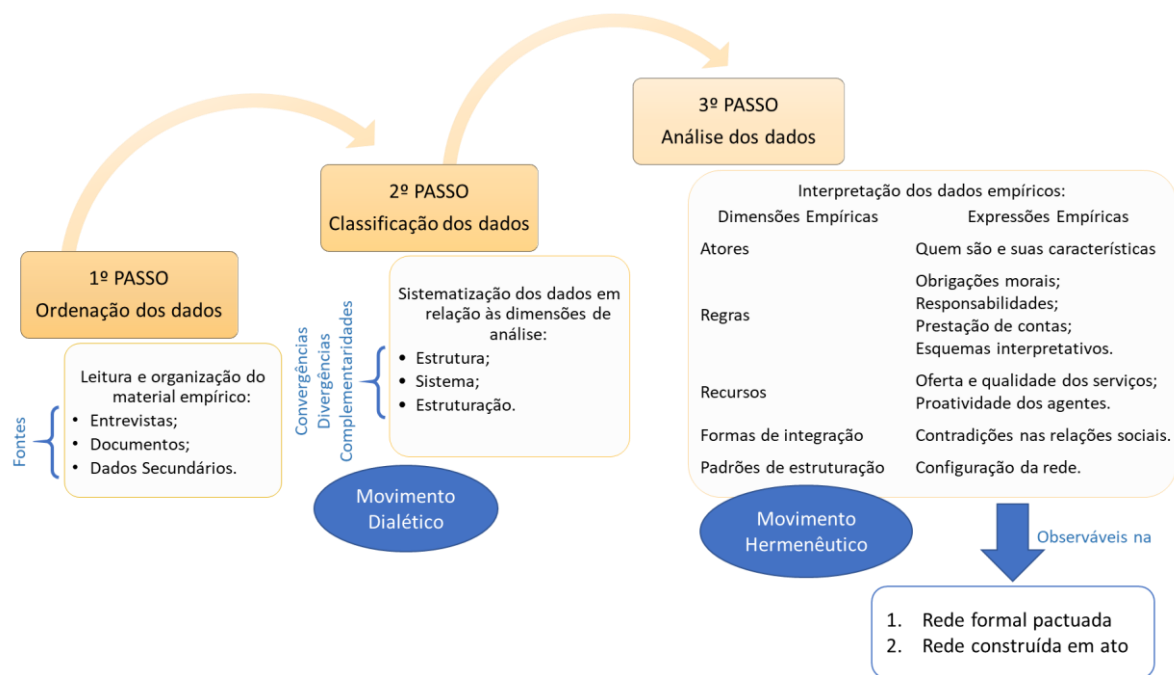
Esse movimento exigiu um certo esforço por parte da autora desta pesquisa, uma vez que esta possui anos de vinculação com prática profissional da gestão do SUS. A realização do distanciamento do objeto de estudo necessário para produzir um estranhamento e interpretação crítica sobre elementos frequentemente utilizados no cotidiano do trabalho foi um processo de muitas idas e vindas, mas cujo resultado produziu crescimento pessoal e intelectual.

Compreendendo, portanto, a Regulação Assistencial do SUS como um fenômeno social, de modo a analisá-la no contexto da Rede de Atenção à Saúde, os dados da pesquisa foram tratados seguindo 3 etapas, sistematizadas didaticamente na Figura 5, uma vez que a operacionalização desse momento se deu de forma inter-relacionada e dinâmica.

A análise das entrevistas se aproximou da análise de narrativas, compreendendo-se as narrativas como uma descrição de uma situação contextual realizada por um ator social, sob o qual não cabe atribuir juízo de valor, nem tampouco permite sua comprovação, “pois são caracterizadas por expressar a verdade sobre um ponto de vista em seu determinado contexto de tempo e espaço” (NUNES et al., 2017, p10). Para análise das entrevistas realizadas, o primeiro movimento foi compreender melhor o texto produzido por cada sujeito entrevistado,

refletindo sobre o contexto da sua inserção na rede. O segundo movimento foi de identificar as categorias empíricas, estabelecendo uma relação com as categorias analíticas que delinearão o problema de pesquisa, de modo a ajudar na análise do fenômeno. Com a definição das categorias analíticas, partes das narrativas dos entrevistados foram agrupadas para exemplificar as situações descritas, confrontadas com a demarcação teórica e com outros achados nos documentos levantados na pesquisa.

**Figura 5** – Etapas da Pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora.

Nesta pesquisa, utilizamos, ainda, a Teoria dos Grafos de modo a apresentar visualmente as conexões produzidas entre os diversos atores, por meio do fluxo de comunicação utilizado na rede assistencial para viabilizar o acesso das mulheres ao pré-natal e parto, no âmbito do SUS em Salvador – Bahia. As informações necessárias para construção do grafo foram coletadas nas entrevistas, por meio das quais buscamos identificar os contatos estabelecidos com outros atores, e por quais mecanismos de comunicação, para viabilizar quatro situações de atendimento referente à assistência ao pré-natal e parto, à saber: i – exames laboratoriais, ii – ultrassonografia obstétrica, iii – atendimento pré-natal de alto risco, iv – parto. A plotagem dos grafos foi construída utilizando o software de código aberto Gephi<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> <https://gephi.org/>

Entendemos que a ação dos atores organizacionais que produzem o acesso regulado aos serviços assistenciais de saúde é interdependente e que as interações sociais construídas por meio do fluxo de comunicação funcionam como canais de conexão para transmissão de informação e recursos assistenciais da Rede de Atenção à Saúde no SUS. Por meio da esquematização teórico-metodológica detalhada nesse capítulo, os resultados do estudo estão apresentados no capítulo 4, atendendo aos objetivos específicos da pesquisa.

### **3.2.4 Aspectos éticos**

A pesquisa foi realizada observando os princípios éticos estabelecidos na Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), considerando que envolve pesquisa com seres humanos através da análise de práticas sociais.

O projeto foi submetido a qualificação por uma banca examinadora, em 19 de dezembro de 2017, na Escola de Administração da UFBA. Em seguida foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da UFBA, através da Plataforma Brasil - base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos vinculada ao Ministério da Saúde. A aprovação foi expedida por meio do parecer de número 2.556.780, em 22 de março de 2018, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n.º 82339617.3.0000.5531.

O projeto foi submetido à anuência e autorização para coleta de dados junto à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoal da SMS Salvador – por meio do Parecer N.º. 094/2017, à Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) da SESAB – por meio do Ofício SAIS n.º 460/2018, e à Superintendência da Maternidade Climério de Oliveira, unidade vinculada à Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente, em local reservado, para preservar a privacidade do entrevistado. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, a metodologia e a opção sobre sua participação voluntária na pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice E). Considerando o compromisso de preservar o sigilo e anonimato dos participantes, assegurando sua privacidade quanto aos relatos dos fatos levantados na coleta de dados, todos autorizaram a gravação da entrevista. Por esse motivo as unidades de saúde citadas no texto desta pesquisa foram identificadas por códigos.

## **4 REGULAÇÃO DO ACESSO A SAÚDE NO SUS: UMA ANÁLISE SOB A ÓTICA DA TEORIA DA ESTRUTURAÇÃO**

Este capítulo analisa os resultados do estudo empírico sobre a ação regulatória para acesso aos serviços necessários à gestante, a partir da integração da Rede de Atenção à Saúde no SUS voltada para a assistência do pré-natal e parto em Salvador – Ba. Para tanto, adota-se a perspectiva da teoria da estruturação, proposta por Anthony Giddens (1979, 1989).

Nesta base teórica a Regulação Assistencial pode ser compreendida como um sistema social, onde um conjunto de atores em interação, aplicam recursivamente regras e recursos para a produção e reprodução de práticas sociais que organizam o acesso à saúde no SUS. Para tanto, as dimensões (i) sistema, (ii) estrutura, e (iii) estruturação, forneceram os fundamentos para a análise e interpretação dos dados empíricos sobre a ação regulatória em relação às categorias analíticas descritas no tópico anterior, cujos resultados e reflexões serão apresentadas a seguir.

### **4.1 ESTRUTURA E SISTEMA NA AÇÃO REGULATÓRIA DO SUS**

Esse tópico descreve as condições que orientam a ação regulatória, expressas nas características da estrutura - através das categorias analíticas ‘regras’ e ‘recursos’, organizados na operacionalização da rede assistencial, e do sistema – por meio das categorias analíticas ‘atores’ e ‘formas de integração’, observáveis nos documentos, nos dados secundários coletados na pesquisa e nos relatos dos profissionais e gestores dos pontos de atenção disponíveis no território e das usuárias destes serviços. Para efeito didático, os atores serão descritos antes dos elementos da estrutura, pois sua caracterização é base para compreensão das propriedades estruturais e das interações na produção e reprodução das práticas sociais.

#### **4.1.1 Atores - os agentes da ação regulatória**

O ato de regular é uma atribuição dos médicos reguladores, delegado pelo gestor do respectivo ente federado, uma vez que a norma formal que institui a Política Nacional de Regulação define como sujeitos da Regulação Assistencial

seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008, p.1).

Para além dos documentos normativos estabelecidos na política de saúde, o acesso, analisado a partir dos dados empíricos deste estudo, vem sendo garantido na prática pelos atores envolvidos diretamente na produção do serviço ofertado. Os próprios gestores das Centrais de Regulação atribuem a garantia do acesso à disponibilidade de vaga pelo profissional executante do serviço. Para a Central Estadual de Regulação (CER), os atores responsáveis pela garantia do acesso ao serviço de saúde necessário à usuária são as unidades de destino, uma vez que a central regula apenas a oferta de vaga, que é informada pela unidade assistencial por meio do profissional de referência para a regulação em cada serviço. Para a Central de Regulação de Urgência (CRU), os atores responsáveis pela garantia do acesso são os médicos plantonistas das unidades.

Os entrevistados nas maternidades da rede e as unidades de pronto atendimento corroboram com a afirmação de que a unidade executante do serviço é a responsável pela garantia da vaga. Algumas unidades atribuem essa prerrogativa ao profissional assistente, diretamente, uma vez que caberia a este definir sobre a liberação da vaga, a exemplo do relato do gestor de unidade de pronto-atendimento ao afirmar que *“a central de regulação é uma intermediária, né, que só é uma organizadora do fluxo. (...) Quando a gente faz o contato, a gente faz de médico para médico. O médico daqui fala com médico plantonista de lá”* (PA8). Outras unidades atribuem essa decisão ao núcleo interno de regulação, a exemplo da Maternidade M2: *“o núcleo interno de regulação. Eles são os responsáveis e eles têm que estar empoderados pra isso. Tanto o hospitalar, quanto o ambulatorial”*.

No nível da atenção básica, o acesso aos serviços de saúde é administrativo, cuja agenda é organizada pelo gerente ou pelo enfermeiro da unidade e o agendamento realizado na recepção. As entrevistas mostraram que, na atenção básica, o enfermeiro assistente assume um papel importante no acesso ao serviço de saúde, como observado na fala de uma gerente: *“A recepção marca. Ela (a enfermeira) monta a agenda e a recepção faz conforme o agendamento que ela efetuou”* (UBS10). Contudo a atuação desse profissional revelou muita diversidade na execução das práticas nas diferentes unidades visitadas, inclusive na perspectiva da integração com os demais níveis da rede assistencial, ressaltando a capacidade de agência desempenhada por cada ator social na rede assistencial. Exemplos podem ser observados nas falas da coordenadora de enfermagem da UBS7, que relata uma organização aparentemente improvisada: *“difícilmente fica sem vaga, a gente sempre dá um jeitinho de arrumar”*, e no relato da enfermeira da UBS5 descrevendo um acesso ao pré-natal mais sistematizado e acolhedor: *“a primeira consulta se marca pra o serviço social. Tem o histórico social que ela*

*colhe, apresenta a caderneta da gestante, faz tipo uma reunião de até 10 gestantes. Depois ela marca o retorno pra mim”.*

Na percepção das usuárias do serviço, entrevistadas na pesquisa, confirma-se que a atenção básica tem papel relevante no acesso à rede de assistência ao pré-natal e parto, principalmente na referência do profissional enfermeiro como um apoio para viabilizar o pré-natal e orientar sobre o acesso aos serviços necessários. Registrando-se a fala da usuária sobre quem ela procurava quando tinha alguma necessidade, *“eu procurava a enfermeira de onde eu tava fazendo o pré-natal. Ela me dava os exames, eu marcava”* (G12.2). Contudo, a maternidade, em especial o serviço de pronto-atendimento, também foi considerada como estratégica para o acesso mais rápido, em relação à unidade básica, conforme afirma outra gestante, *“lá é mais difícil, porque a demora da entrega é grande, aí eu prefiro fazer aqui (na maternidade), que entrega mais rápido”* (G9).

Nas entrevistas dos profissionais e gestores da rede não foi possível captar o reconhecimento das usuárias como atores envolvidos no processo regulatório. No que pese, em várias situações os profissionais colocarem sob a responsabilidade da usuária a busca pelo recurso solicitado, conforme observado nos relatos da coordenadora de enfermagem da UBS7 - *“existem os laboratórios que ofertam os exames pelo SUS, e aí as enfermeiras referenciam, orientam ‘vá pra tal laboratório, é mais tranquilo, o resultado é mais rápido”*, e da gerente da USF4 - *“ela que marca, não é de responsabilidade nossa. A gente encaminha, dá aquela ficha de referência e lá M4 acolhe, ou outra maternidade que foi encaminhada”*.

Contudo, quando questionados diretamente sobre quem é o responsável por viabilizar o acesso aos serviços de saúde, nenhum profissional ou gestor atribuiu essa função às usuárias. Possivelmente, o reconhecimento tácito de que a atribuição do acesso é de responsabilidade da rede assistencial, representada pelos profissionais e gestores, seja o motivo de não explicitar essa atribuição à usuária. A omissão dessa informação não significa que estas não estejam agindo ativamente, rotineiramente e sob a orientação dos profissionais que os assistem ou de outros contatos obtidos na suas próprias rede de relacionamentos, cujos exemplos foram observados, também, nas falas das gestantes, a exemplo de G5.4 que descreve sua experiência da seguinte forma: *“não foi encaminhamento. Ela me deu a requisição, eu fiquei sabendo que lá faz e aí eu fui pra lá. (...) A ultrassom eu fiz paga porque eu não sabia que a M2 fazia de graça. Aí a próxima eu vou fazer na M2”*.



As falas dos entrevistados destacam a capacidade de decisão atribuída ao profissional da assistência, com destaque para o médico no nível hospitalar, o que indica o poder desses agentes sociais na mobilização dos recursos na rede assistencial. Dessa forma, depreende-se que a ação regulatória não pode ser atribuição de apenas um ator. Ao contrário, é exercida em conjunto com diversos atores, individuais e organizacionais, presentes no território de abrangência da rede assistencial. Nesse cenário, atuam em interação profissionais da saúde – que solicitam os serviços de saúde às usuárias ou que realizam o serviço solicitado, representantes dos estabelecimentos que proveem os serviços de saúde – que podem ser públicos ou privados, e as usuárias que demandam pelos serviços de saúde – ou seus representantes (SANTOS e MERHY, 2006; GAWRYSZEWSKI et al., 2012). É diante desse ambiente que alguns autores afirmam que a Regulação Assistencial é um fenômeno complexo, condicionado às características dos agentes que atuam no processo e do ambiente institucional específico (FERREIRA, 2007; FARIAS et al., 2011).

Os atores sociais envolvidos na ação regulatória, em determinadas situações, representam ou são representados por organizações, que possuem características jurídicas e administrativas diferentes. Santos e Merhy (2006, p.31), cientes disso, explicam que o “ator social busca regular os serviços de saúde segundo os interesses da sua representação, ou seja, procura direcionar a produção da saúde para os seus macro-objetivos”, considerando o contexto histórico e político em que a rede se desenvolve. Desse modo, conhecer as características referentes à natureza jurídica e ao tipo de gestão dos prestadores de serviço integrantes da rede assistencial pesquisada, contribui para a compreensão da forma como estes interagem entre si na produção da ação regulatória do acesso à saúde no SUS.

A Natureza Jurídica<sup>5</sup> dos prestadores de serviços da rede indica a constituição jurídico-institucional dos estabelecimentos de saúde, conforme dados coletados no banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A classificação da natureza jurídica das unidades de saúde vinculadas ao SUS adotada nesta tese, levando-se em conta a classificação utilizada pelo CNES e as informações obtidas nas entrevistas com os profissionais da rede assistencial, estabelece as categorias (i) Pública Municipal, (ii) Pública Municipal – Terceirizada, (iii) Pública Estadual, (iv) Pública Estadual – Terceirizada, (v) Pública Federal,

---

<sup>5</sup> A tabela de Natureza Jurídica utilizada pelo CNES organiza as unidades de saúde segundo cinco grandes categorias: (i) Administração pública; (ii) Entidades empresariais; (iii) Entidades sem fins lucrativos; (iv) Pessoas físicas e organizações internacionais; e (v) Outras instituições extraterritoriais (CNES, 2019).

(vi) Empresa Privada, e (vii) Organização sem fins lucrativos.

O Tipo de Gestão dos prestadores da rede, de acordo com o CNES, indica qual o ente federado é o gestor do SUS responsável pela programação, processamento e pagamento de determinada unidade de saúde. Os estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS podem, de acordo com o tipo de gestão, ser classificados em (i) Municipal – quanto o gestor da unidade é a Secretaria Municipal de Saúde, (ii) Estadual - quanto o gestor da unidade é a Secretaria Estadual da Saúde, e (iii) Dupla – quanto o estabelecimento possui vínculo com os dois entes (CNES, 2019).

A amostra de estabelecimentos de saúde pesquisada nesta tese, em relação à Natureza Jurídica, não possui nenhuma unidade da classe de Empresa Privada, mas apresenta representante de todas as demais classificações. Contudo, a rede estudada possui a representação do setor privado, através das empresas que terceirizam serviços em algumas unidades de saúde do Estado e do Município. Em relação ao Tipo de Gestão, a amostra possui representantes em todas as categorias descritas. As características de cada estabelecimento visitado na pesquisa estão detalhadas no Quadro 2.

Estas informações ajudam a delinear o contexto de complexidade da rede assistencial, e, por conseguinte, da ação regulatória que se propõe a integrar esse conjunto de atores. Isso porque, esse contexto releva a existência de atores que representam propriedades jurídicas distintas – público e privado, e condução por entes federados diferentes – federal, estadual e municipal. Em determinadas situações, existe uma congruência de elementos diversos dentro de uma mesma unidade. A exemplo de uma unidade pública de propriedade do Governo Federal, cuja gestão é Estadual. Ou de uma unidade de gestão Municipal, em que parte dos serviços é terceirizada ao setor privado e parte é executado diretamente pela SMS.

A rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador apresenta o seguinte perfil de unidades de saúde: (i) as unidades básicas de saúde são municipais e estão sob gestão pública direta da SMS, (ii) as unidades ambulatoriais e de urgência e emergência são municipais, em sua maioria possui todo ou parte dos serviços terceirizados, e (iii) as maternidades são todas integrantes da gestão Estadual, tendo unidades públicas de gestão própria do Estado, unidade terceirizada e unidades sem fins lucrativos.

O exemplo mais peculiar é a conformação do próprio Complexo Regulador de Salvador – Ba, conformado pela Central Estadual de Regulação de Leitos – sob gestão Estadual, Central

de Regulação de Urgência e Emergência e Central Municipal de Regulação Ambulatorial – sob gestão Municipal. Essa divisão na direção do CR contribui para a fragmentação das ações de regulação no território, uma vez que a atuação das centrais acontece de forma isolada e não articulada. Gawryszewski et al. (2012) explicam que, numa federação como o Brasil onde os entes federativos possuem autonomia administrativa, a descentralização de políticas prescinde da ação integrada entre os gestores do sistema nos três níveis de governo. Contudo, essa prática não vem sendo observada na operacionalização do CR em Salvador, contrariando inclusive o princípio normativo do comando único estabelecido no Pacto de Gestão do SUS.

Giddens defende que um ator social é um agente intencional, dotado de conhecimentos e habilidades para a ação a que se propõe, e a ação humana ocorre em um fluxo contínuo da sua conduta, que o agente monitora reflexivamente de forma constante. Para o autor, ser um agente é ser capaz de “fazer uma diferença” em relação a uma situação, de modo que essa ação envolve poder, enquanto capacidade de transformar. Os agentes e a estrutura não constituem corpos independentes na ação, considerando o princípio da dualidade da estrutura, esses elementos se articulam na produção e reprodução das práticas sociais (GIDDENS, 1979; GIDDENS, 1989).

Conhecer quem são os agentes da ação regulatória e as características de contexto que os envolve permite a compreensão das relações de interdependência que eles produzem em interação, que se configuram nas formas de integração predominantes na implementação da rede assistencial. Esses resultados da pesquisa empírica mostram que a ação regulatória do acesso aos serviços de pré-natal e parto, em Salvador - Ba, se desenvolve em intensa articulação com um conjunto diversificado de atores, com características jurídico-administrativas diferentes, com poderes para mobilizar recursos ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. Essa característica ultrapassa a definição normativa de que a ação regulatória possui como agente principal o médico regulador, que possui atribuição legal de ordenar o acesso aos serviços de saúde na rede. Além disso, indica a complexidade do contexto, uma vez que esse coletivo de agentes, dificulta a comunicação e os processos de integração sistêmicos, favorecendo a manutenção dos contatos pessoais para solução de problemas imediatos por meio da integração social.

Esse achado corrobora com a afirmação de Fleury e Ouverney (2007), segundo os quais uma rede de política pública pressupõe a interação de atores múltiplos, que interagem constantemente, privilegiando uma estrutura organizacional mais horizontal. Contudo, estes atores sociais agem em função dos seus interesses, expectativas e motivações em relação aos

demais atores, com base em elementos do contexto que o envolve. Desse modo, conforme estabelece a TE, a sua estratégia de ação na rede influencia na mobilização das regras e recursos estabelecidos em interação com outros atores.

#### **4.1.2 Da dimensão estrutura – as regras**

Conforme apresentado no modelo de análise desta pesquisa, uma das categorias analíticas da dimensão estrutura são as regras, conceituadas como procedimentos e métodos que orientam a interação entre os atores sociais, e ao mesmo tempo, produzidas no contexto dessas interações. O que significa dizer que as regras “são procedimentos de ação, aspectos da práxis” (GIDDENS, 1989, p.25).

No contexto da ação regulatória para o acesso aos serviços de pré-natal e parto em Salvador, em investigação nesta pesquisa, as regras foram analisadas por meio do sancionamento de normas de conduta social – caracterizadas como regras normativas, e pela constituição de significados expressos em esquemas de conhecimento técnico – caracterizadas como regras semânticas.

##### ***Regras normativas***

Na pesquisa, as regras normativas foram observadas no campo empírico, por meio da sua expressão em normas de conduta social, (i) nas portarias governamentais e seu conjunto de determinações e obrigações para conformação das políticas de saúde, (ii) na contratualização entre os gestores, com a definição de responsabilidades entre as partes formalizadas no instrumento contratual, e (iii) nos processos de prestação de contas realizados por mecanismos de monitoramento da rede assistencial.

No contexto da rede assistencial de pré-natal e parto conformada na cidade de Salvador, foi possível identificar um conjunto de regras normativas gerais que instituem e rede temática e definem normas gerais para sua operacionalização. A exemplo da Lei Municipal n.º 7.851/2010 – denominada de ‘Lei da Maternidade Certa’ e do Decreto Municipal n.º 23.569, de 05 de dezembro de 2012 – que formaliza como deve ser o acesso da mulher ao atendimento na gravidez e no parto, determinando que a unidade básica mais próxima de sua residência deve ser responsável pelo pré-natal, a partir da qual deve ter acesso aos exames necessários ao acompanhamento da gestação, e a sua vinculação à maternidade de referência, onde será realizado o parto e os atendimentos de urgência/emergência durante o pré-natal (SALVADOR,

2012).

Tais normas, por sua vez, se ancoram nas diretrizes da Política Nacional da Rede Cegonha, formalizadas nas portarias ministeriais dessa rede temática, na qual determina-se que

A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011a, p.2).

Contudo, a Lei da Maternidade Certa e o decreto que a regulamenta expressam orientações generalizadas sobre a implantação dessa política no município, e deve se desdobrar em outros documentos norteadores das ações de implementação dos componentes da Rede Cegonha, tais como o Plano de Ação Municipal. Esse documento, segundo especificações do MS, deve formalizar a implementação da rede e seu monitoramento, orientando toda a programação das ações para atenção integral à saúde materna e infantil, bem como as atribuições e responsabilidades assumidas pelo ente federado (BRASIL, 2011a).

O Plano de Ação para implementação da Rede Cegonha específico de Salvador, localizado na coleta de dados desta pesquisa, data de novembro de 2011 e refere-se a um documento padronizado pelo MS que contém o quantitativo físico de procedimentos e das ações pactuadas para os componentes, com seus indicadores de monitoramento e prazo de execução. Contudo, esse documento não chega a caracterizar a formalização da linha de cuidado materno-infantil, uma vez que não contempla as diretrizes e ações necessárias para implementação da rede temática. A concepção da linha de cuidado tem como objetivo produzir um fluxo ágil e sistêmico entre os recursos assistenciais de saúde, em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), segundo as necessidades do usuário, buscando a continuidade do cuidado integral à saúde e a responsabilização dos profissionais com tais objetivos. Para construir uma linha de cuidado, se faz necessário ordenar o processo de trabalho em saúde e pactuar estratégias de vinculação dos usuários às equipes de saúde (MALTA e MERHY, 2010).

Quando questionados sobre a formalização da linha de cuidado da assistência ao pré-natal e parto em Salvador, observa-se uma divergência nas informações relatadas pelos profissionais entrevistados, integrantes da rede assistencial em todos os níveis de complexidade, inclusive entre os gestores das centrais de regulação. Alguns afirmam que está formalizada, sem citar como se deu sua formalização, ressaltando a sua incompletude. Relatos desse tipo foram observados entre gestores das maternidades – *“formalizada tá. Não digo a você (...) que tenha*

*essa linha de cuidado já funcionando de uma forma muito adequada, eu acho que ainda não, tá em construção. Existe um fluxo, mas ainda tem muito a avançar”* (M10), assim como entre profissionais da atenção básica – *“formalizado está, tudo formalizado. Tudo no papel, tudo direitinho. Agora não funciona não. Ao meu ver, a minha realidade é que não está”* (UBS7).

Os profissionais também fizeram referência à diversidade de normas legais que são adotadas na política de saúde como indicativo da formalização dessa rede temática no município, corroborando com a observação sobre o excesso normativo adotado na implementação do SUS. Percebe-se que o acúmulo de normas legais pode sobrecarregar os gestores e trabalhadores de regras normativas e contribuir com a divergência de interpretação na execução prática das suas ações cotidianas. Mais uma vez, observa-se relatos exemplificando essa contradição, tanto entre os gestores das maternidades, quanto entre profissionais da atenção básica. Tais divergências de entendimento sobre as ações inerentes à organização em rede, em um território onde estão envolvidos uma variedade de atores, conforme descrito acima, dificulta a comunicação e pode constranger a integração sistêmica entre os agentes.

*Eu acho (...) que já existem alguns parâmetros, já existe normativo no município, já existe normativa do estado, já existe pactuação entre os gestores, existem áreas geográficas definidas. Existem legislações, como a do acompanhante que já não são mais questionadas. Eu acho que a gente não pode mais dizer que não caminhou não. Mas ainda temos mais a caminhar* (Gestora da Maternidade M12).

*Eu acho que sim. Porque se tenta seguir os critérios que estão definidos no manual da rede cegonha que é do Ministério da Saúde. Então tudo tá vinculado ao manual da rede cegonha. Entraves existem e sempre vão existir. Mas a linha de cuidado, ela é bem específica mesmo e eu acho que quem não tiver seguindo é porque não quer* (Gerente da unidade básica UBS2).

Outros atores entrevistados afirmam que a tal formalização não existe, justificando sua afirmação nas fragilidades observadas na rede assistencial e na falta de conhecimento uniforme sobre esse conteúdo. Dentre esses relatos, destaca-se a narrativa de uma gestora de regulação de uma maternidade da rede assistencial, ressaltando a necessidade de uma integração sistêmica que comunique a todos os atores sobre as definições da linha de cuidado, de modo que se o coletivo de profissionais não tem esse entendimento alinhado, não é possível afirmar que uma determinada regra esteja formalizada.

*Eu não vejo ela formalizada. Olhe, eu sou chefe do setor de regulação de saúde daqui. E se você me perguntar, eu não consigo desenhar essa rede. (...) Eu acho que isso tinha que estar acessível. (...) Ela pode existir, mas ela não foi divulgada, socializada da forma que deveria. (...) De repente ela pode estar muito bem escrita. Mas se a gente não sabe, não tá formalizada. E aí eu*

*posso te garantir, assim, vários profissionais da CER não sabem também. Da atenção básica. Não sabem. Às vezes eu fico imaginando quantas pacientes podem estar sendo atendidas hoje nessas unidades básicas, e que não sabe o que é que tem na M9.1, não sabe o que é que tem na M5, entende? E aí como é que você consegue atender melhor se você não sabe? (M2)*

Os dados coletados revelam que não existe uma definição formalizada da linha de cuidado materno-infantil em Salvador, produzido a partir da responsabilização conjunta dos agentes cuidadores e amplamente socializada entre o coletivo de atores envolvidos. Esse achado ressalta a fragmentação da comunicação na rede assistencial, que compromete a conformação de fluxos contínuos e integrados por meio da ação regulatória.

As regras normativas estão entre os tipos mais fortemente sancionados de regras sociais e, nas sociedades modernas, tem formulações formais de direitos e obrigações e descrição de retribuições ou sanções, determinando a natureza legítima ou ilegítima das ações humanas (COHEN, 1999). Estão relacionadas à ação de ‘dar explicações’ de sua conduta e ‘se responsabilizar por suas ações’ (GIDDENS, 1979, p.93).

Em relação à divisão de responsabilidades no processo regulatório entre os entes federados, estadual e municipal, que interagem na gestão do Complexo Regulador em Salvador, a regra normativa define que a regulação do acesso deve articular e integrar as áreas assistenciais da atenção básica, atenção especializada ambulatorial e hospitalar, de modo a subsidiar o planejamento adequado dos serviços na rede, além da sua contratação e programação da atenção (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008). Entretanto, essa ação articulada e integrada não se observa na prática, de acordo com os relatos dos gestores das centrais de regulação quando questionados sobre como se distribui a responsabilidade da regulação entre os entes federados na rede de assistência ao pré-natal e parto, expostos no Quadro 3.

**Quadro 3** – Narrativas: Responsabilidades entre os entes.

Ator	Nível de Gestão	Narrativa
CER	Estadual	<i>Pré-natal a gente não trabalha, porque pré-natal é ambulatorial, é eletivo, não é com a regulação de leitos. Não é com o nosso trabalho de Central Estadual de Regulação. Em relação à parte da paciente no trabalho de parto internada, a nossa responsabilidade é garantir o recurso que a paciente precisa. Então na verdade a gente tem que buscar dentro da rede o melhor recurso que a gente tem pra aquela paciente naquele momento.</i>
CMR	Municipal	<i>Pré-natal fica com a atenção primária. Se for alto risco, ela já referência para as maternidades de referência, que a maioria são do Estado. Isso, vai pela regulação de leito. Tem a regulação estadual que faz essa regulação. E da parte ambulatorial, só é mesmo o fluxo pra garantir os exames de média e alta.</i>
CRU	Municipal	<i>Como a gente regula urgência, então a gente não tem essa diferenciação. Porque o</i>

	<i>único hospital municipal não tem obstetrícia. Então a gente manda pra rede assistencial no Estado mesmo. Toda a regulação de obstetrícia é feita pras unidades do Estado.</i>
--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Segundo consta no documento do Plano Municipal de Saúde de Salvador, a gestão da Regulação Assistencial em Salvador é compartilhada com a SESAB, e está formalizada por meio da Portaria Conjunta SES/SMS nº 01/2012, de 19 julho de 2012. De modo que o Município tem como responsabilidades a regulação ambulatorial e pré-hospitalar de urgência/emergência. O Estado regula o acesso dos usuários aos leitos hospitalares dos estabelecimentos assistenciais de saúde vinculados ao SUS, compartilhando 40% da agenda dos procedimentos ambulatoriais das unidades hospitalares com a CRM (BAHIA, 2012; SALVADOR, 2018).

Contudo, os dados empíricos mostram que essa estratégia de gestão compartilhada entre município e estado tem apresentado dificuldades na sua operacionalização, como relatado pela gestora da Central de Regulação Municipal, responsável pelo acesso aos serviços ambulatoriais: *“a gente sempre fala da questão da oferta por conta da gestão compartilhada. Como tem essa divisão do recurso, de 40% aqui e 60% no Estado, a nossa oferta fica limitada a esse recurso. Isso obviamente não consegue contemplar 100% da população do território de Salvador”*.

A SMS reconhece a dificuldade de operacionalização do processo regulatório ambulatorial, indicando no documento do Plano Municipal de Saúde a necessidade de gerenciamento integral dos serviços ambulatoriais pela CMR, independentemente do tipo de gestão do prestador ser municipal ou estadual, fato que, segundo o Município representa relevante entrave para a oferta adequada de serviços ambulatoriais especializados à população (SALVADOR, 2018).

Malta e Merhy (2010) afirmam que os gestores são os responsáveis pelo planejamento e gestão integrada da rede, assim como pelo funcionamento da regulação e a construção de fluxos assistenciais que promovam a integralidade do cuidado. E a repartição de comando gestor fragiliza a ação regulatória, uma vez que compromete sua função de controle sobre os recursos assistenciais necessários e a integração entre os níveis assistenciais, inviabilizando a qualidade das respostas da rede assistencial às necessidades do usuário. Esta análise é corroborada com os estudos empíricos de Albuquerque et al. (2013) e de Pinto et al. (2017), que observaram a desagregação das centrais de regulação e o seu funcionamento com baixo desempenho técnico e político sobre o conjunto dos serviços de saúde nos municípios estudados, dificultando a



oferta da melhor alternativa assistencial possível para o usuário do SUS, bem como uma otimização dos escassos recursos da saúde.

Nos relatos dos gestores das centrais de regulação, entrevistados nesta pesquisa, observa-se, ainda, contradições referentes a articulação entre os agentes que compõe a gestão interna dos níveis assistenciais em cada ente federado. Fato que agrega outros elementos inibidores da integração em rede, uma vez que a baixa articulação entre as instâncias assistenciais, mediante pactuações sustentáveis para integrar as necessidades variáveis dos diversos elementos da rede assistencial de saúde, constringe o fluxo de acesso entre os pontos de atenção, provocando o isolamento da atenção básica e limitando sua atuação enquanto ordenadora da rede assistencial.

No nível estadual, a gestora da Central Estadual de Regulação retrata uma divisão da gestão entre as unidades sob comando do estado, sendo que a CER se responsabiliza pelas unidades contratualizadas e as unidades da rede própria são coordenadas pela Diretoria de Gestão da Rede Própria (DGRP), integrante de outra superintendência da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

*O controle da ocupação dos leitos das unidades públicas, das unidades estaduais, a gente não consegue fazer. (...) O que é Gestão Direta e Gestão Indireta eu posso ligar. (...) Aí o médico regulador que vai falar direto com o (hospital). Porque é porta aberta, ele não vai ter vaga. Então é uma negociação de médico a médico (CER).*

No que pese a gestora da CER entrevistada ter relatado a existência de parceria entre os setores, afirmando “a DIREG e a SAIS têm trabalhado muito junto nessa nossa gestão, inclusive a gente conseguiu reduzir nos últimos meses 700 ocorrências dentro do SUREM. Ocorrências que estão pendentes porque a gente não tem suficiência na rede por algum motivo”. Ao que parece, trata-se de atendimento à demandas específicas que não se configuram em processos sistêmicos de integração entre os setores para regulação do acesso aos leitos hospitalares na rede estadual como um todo, retratando uma fragilidade política na capacidade de regulação dos leitos dentro da própria rede estadual

No âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador também foi possível inferir, a partir dos relatos da gestora da Central Municipal de Regulação, a inexistência de processos sistêmicos de integração entre os setores que coordenam os diferentes níveis assistenciais no município. Em relação à atenção básica, observa-se a fragmentação no planejamento e programação das ações quando ela afirma que “os procedimentos de média e alta somos nós que fazemos o estudo, que programa baseado na PPI, na necessidade. E a DAS ficaria com

*atenção básica, unidade de saúde da família, que seria a rede, porque é ela quem define”.*

Outra situação de dificuldade relatada, refere-se à relação com os funcionários que agendam os procedimentos ambulatoriais nos pontos de marcação descentralizados para as unidades básicas no território, por meio do sistema de regulação. De acordo com a coordenadora, estes funcionários não estão sob coordenação da CRM, que não tem governabilidade sobre eles, enfrentando problemas como a capacitação desse pessoal e a comunicação das regras definidas pela regulação: *“a gente cria os fluxos, mas a orientação, o acompanhamento dessa equipe não está com a Diretoria de Regulação. É uma equipe terceirizada, que tem uma rotatividade muito, muito grande”.*

A articulação entre os pontos de atenção saúde no território é possibilitada através de fluxos e protocolos construídos mediante processo democrático e solidário entre as esferas de gestão do SUS, contribuindo para a integração sistêmica da rede assistencial e para uma utilização mais adequada dos recursos de acordo com os níveis de complexidade (MENDONÇA et al., 2006). Diante do exposto, os dados coletados mostram situações que revelam fragilidades nessa integração entre os serviços assistenciais nos diferentes níveis de complexidade da rede de pré-natal e parto em Salvador, indicando constrangimentos para uma ação regulatória devidamente orientada pela atenção básica.

Outro elemento inerente ao processo regulatório, observado nesta pesquisa como uma regra normativa, é o instrumento do contrato, documento firmado entre os gestores e os prestadores de serviços de saúde integrantes da rede assistencial, sejam eles públicos ou privados. A contratação dos prestadores de serviço de saúde, segundo Mendonça et al. (2006), representa o ato de formalizar as relações, responsabilidades e obrigações pactuadas entre as partes, cujo custeio é feito com recursos públicos, consubstanciando a oferta de serviços públicos de saúde.

Além de integrar as regras da Regulação Assistencial, a contratualização dos pontos de atenção é uma das fases de operacionalização da Rede Cegonha, cuja portaria normativa estabelece a obrigatoriedade de *“contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede”* (BRASIL, 2011a, p.6), cujos indicadores e metas estabelecidos deverão ser monitorados sistematicamente pelos gestores do contrato.

A rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, objeto de estudo desta pesquisa,

revelou-se predominantemente pública, conforme caracterização dos atores apresentada acima. Contudo, a relação com o setor privado está presente, em diferentes pontos da assistência, tais como na terceirização de profissionais que atuam em algumas unidades básicas da SMS e da rede hospitalar do Estado, na terceirização de serviços específicos nas unidades ambulatoriais próprias da SMS, na oferta de serviços de apoio diagnóstico credenciados pela SMS e na contratualização de duas maternidades mantidas por instituição sem fins lucrativos. Contudo as evidências apontam para a utilização dos contratos apenas para formalizar os processos de pagamento, em cumprimento a determinação legal da administração pública em relação aos prestadores privados integrantes da rede. Os relatos dos gestores das unidades privadas, em geral, não informam sobre a existência de processos regulares de acompanhamento dos contratos, considerando as responsabilidades definidas com a rede assistencial, retratam apenas uma prestação de contas formal.

*Nós temos um plano operativo anual, que todo ano a gente tem que prestar contas pra o Estado. Esse convênio que repassa verba, nós temos pactos que a gente tem que todo ano responder. A gente tem metas quantitativas e metas qualitativas (Gestora da Maternidade M10).*

As unidades da rede própria, sejam elas estaduais ou municipais, não possuem nenhuma espécie de contratualização com a rede assistencial para definição de responsabilidades ou metas. A única unidade pública que afirmou possuir contrato firmado foi M2, pois trata-se de uma unidade federal sob gestão do Estado, que atua como seu contratante na rede assistencial. A existência de contrato firmado com definição de responsabilidades e metas foi afirmada pela gestora de regulação dessa maternidade, que relatou ainda sua dúvida em relação à existência de contratos das demais maternidades públicas – *“nós somos contratualizados pela Secretaria do Estado, aí nós temos tudo isso. Mas assim, eu não sei se isso é pra todos”*.

Em geral, os entrevistados não conhecem a existência de contratos firmados com os prestadores da rede, muitos, em especial os profissionais assistentes da atenção básica, pareceram surpresos com a pergunta, como se essa informação não fizesse parte do seu nível de atuação. Fato que revela pouca transparência nas informações sobre as responsabilidades e atribuições dos pontos de atenção, limitando o conhecimento dos profissionais sobre os serviços disponibilizados na rede, e conseqüentemente o encaminhamento mais adequado da usuária. Esta percepção aparece claramente na fala de uma gerente de unidade básica, quando questionada sobre a contratualização das unidades que integram a Rede Cegonha, afirmou que *“dentro desse desenho que a gente vem construindo de 2014 pra cá, ficou posto que existiam*

esses contratos. Agora enquanto gestora de uma unidade de saúde da família, eu não tenho acesso” (USF9).

A referência mais citada pelos entrevistados foi a unidade M7, em especial nos DS que tem a maternidade como referência. Essa unidade privada sem fins lucrativos é contratualizada com a SMS de Salvador e estava com contrato vigente no período da coleta de dados, contudo, os profissionais das unidades assistenciais da sua área de abrangência não têm apropriação sobre o contrato, sua vigência e nem sobre as responsabilidades da contratada com a rede assistencial. Caracteriza-se uma situação de desinformação sobre as unidades assistenciais e desarticulação entre setores da SMS, que impacta na integração sistêmica entre os níveis assistenciais e na organização do acesso regulado aos serviços especializados, conforme narrativas dos profissionais apresentadas no Quadro 4.

**Quadro 4** – Narrativas: Contratualização da maternidade M7.

Ator	Nível de Gestão	Narrativa
Coordenadora da CMR	Municipal	<i>O que a gente tem é M7 que integra a Rede Cegonha. Agora eu não sei como é que tá a atuação dele. Mas tem toda a análise de acompanhamento desse convênio, desse contrato, através da subcoordenação de controle. Eles fazem reunião mensal analisando todo o cumprimento da parte contratual.</i>
Reguladora da maternidade M7	Municipal	<i>Sobre a agenda ambulatorial: É tudo via central. A gente não tem o controle das agendas. Então o controle é deles. São eles que colocam na tela, eles que fazem a programação. Sobre o leito: A gente só libera mediante solicitação da CER. Aí vem o relatório pra gente, normalmente eu recebo via e-mail. Aí o médico da gente, o plantonista, avalia se a gente tem condições de receber o paciente ou não e faz a liberação. Aí eu libero para a CER.</i>
Gerente da unidade básica USF7	Municipal	<i>Tem gente que é acompanhado que não consegue fazer (o parto). <b>É como se o contrato tivesse tido alguma modificação.</b> Que antes tinha uma limitação, porém não era cumprida essa limitação por ser demanda aberta. E agora eles restringiram pelo projeto, justamente pra eles atenderem somente a quantidade que é contratada. Eles não estão atendendo a demanda aberta, estão atendendo só quem tá dentro do projeto, do pré-natal de alto risco.</i>
Coordenadora da unidade básica UBS7	Municipal	<i>A M7 tá suspensa a contratualização pelo SUS. Então já tem um tempinho que não tá recebendo nada encaminhado. E até o momento acho que não foi regularizado ainda, porque a gente não recebeu nenhuma orientação. Então o alto risco tá pra os hospitais mesmo de demanda alta. Porque a nossa referência aqui sempre foi M7, o pré-natal de alto risco. Mas com essa questão de contrato com o município ficou suspenso.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Ressalte-se que, no relato da reguladora da maternidade, fica registrado a duplicidade de comando na ação regulatória em Salvador, pois, ainda que a unidade seja contratualizada com a SMS, a regulação dos leitos é realizada pela Central Estadual de Regulação (CER).

A formalização legal da prestação de serviços de saúde, mediante a celebração de contratos que estabeleçam as responsabilidades pactuadas entre cada uma das partes, inclusive dos prestadores públicos, representa um ganho para o SUS, pois possibilita a transparência da gestão e o processo de monitoramento e avaliação da assistência. Se estiver combinado a um planejamento adequado às necessidades locais e a mecanismos de regulação do acesso segundo critérios de risco, com ampla apropriação pelos demais atores, poderá contribuir com a integração sistêmica da rede assistencial, qualificando o acesso aos usuários do SUS. O elemento do contrato, sob essas condições, mais processuais que normativas, pode propiciar uma maior responsabilização do conjunto de atores, envolvendo gestores, prestadores e trabalhadores em relação à adoção de práticas sociais mais articuladas e comprometidas com a efetividade dos serviços de saúde (MENDONÇA et al., 2006; COSTA E SILVA et al., 2014).

Para que a contratação contribua com a qualificação do processo regulatório, o contrato deve significar mais que o cumprimento de uma formalidade legal, representando um pacto de compromissos entre gestores e prestadores, com a atribuição de responsabilidades e metas de atendimento, segundo as definições do gestor e as necessidades em saúde da população expressas nas políticas de saúde, com amplo conhecimento por parte dos demais atores envolvidos. Contudo, os dados empíricos não evidenciaram uma apropriação dos contratos com os pontos de atenção da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador como subsídio para o acesso regulado, nem tampouco para o monitoramento da assistência prestada na rede assistencial.

Os mecanismos de monitoramento da rede assistencial representam o quarto indicador de observação das regras normativas nesta pesquisa. Ancorado nas normas ministeriais, a atribuição de planejar e avaliar está formalizada no SUS por meio do Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que estabelece o planejamento em saúde como uma ação ascendente e integrada, respaldada nos planos de saúde e adequada as demandas e necessidades locais (BRASIL, 2011b). Desse modo, todos os entes federados têm a responsabilidade normativa de avaliar as ações e serviços de saúde, tomando este processo como subsídio para as intervenções de melhoria da qualidade e da resolubilidade das ações implementadas. Essa prerrogativa também se refere à Política de Regulação, em especial na sua proposição de integrar a Rede de Atenção à Saúde, uma vez que a literatura tem destacado a atuação da regulação como espaço privilegiado para observatório do desempenho da rede assistencial (O'DWYER e MATTOS, 2010; GAWRYSZEWSKI et al., 2012).

Contudo, de acordo com as informações coletadas junto aos profissionais envolvidos na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, o padrão sistêmico de monitoramento do desempenho em rede não ficou evidenciado. As entrevistas revelam a existência de ações isoladas em cada serviço, ou referente à momentos pontuais de auditorias, supervisão para processos de habilitação de serviços ou formalidades contratuais, não como um processo regular e permanente. Essa inferência foi observada em muitos relatos de profissionais, em todos os níveis assistenciais, inclusive entre os gestores das centrais de regulação, conforme exemplificado no Quadro 5.

**Quadro 5** – Narrativas: Monitoramento na rede assistencial.

Ator	Nível de Gestão	Narrativa
CER	Estadual	<i>Eu tenho um grupo de gestão de qualidade que faz um acompanhamento, um monitoramento e avaliação de todo o prestador contratualizado, credenciado pela SUREG. Eu tenho também o CRCA, que é a Comissão de Regulação, Controle e Avaliação. Esse grupo é um grupo de enfermeiras que faz uma supervisão in loco. Então a gente tem o enfermeiro que faz a supervisão nas maternidades a fim de monitorar a ocupação dos leitos pela central e os leitos vagos.</i>
CRM	Municipal	<i>o que a gente faz é o monitoramento desses contratos, desses compromissos contratuais dos prestadores que são contratualizados pelo município e prestam assistência, por exemplo, desses exames. Dos filantrópicos também, acompanhamento dos convênios.</i>
CRU	Municipal	<i>A gente não faz esse monitoramento. Aqui, pelo SAMU, acho que seria um trabalho bem interessante para central, avaliando a urgência. Por que na central a gente vê é coisa.</i>
M2	Estadual	<i>Temos auditoria clínica, tem o painel de indicadores da maternidade, que temos uma analista estatística. (...) E a gente monitora, mensalmente (...). Aí atualmente a gente tem feito o monitoramento não só da parte hospitalar, de internações, a parte de permanência, a taxa de ocupação, como parte ambulatorial também (...). Mas a comissão de acompanhamento do contrato com o estado, é só quando nós solicitamos mesmo. Já tivemos aqui algumas auditorias deles, mas assim, muito pontuais, não é uma coisa sistemática.</i>
M5	Estadual	<i>A gente tem visita do Ministério (da Saúde) relacionada aos próprios programas, relacionada a Rede Cegonha, do Projeto de Morte Materna Zero (...). Aí eles avaliam todas essas questões, desde os critérios de regulação, de acesso, da qualidade da assistência, de protocolo, tudo isso aí que você tá me perguntando.</i>
USF11	Municipal	<i>Fazemos um monitoramento das gestantes que são acompanhadas aqui. Então a gente tem um livro da gestante, que é um mapa que a gente sempre cadastra as gestantes e regularmente, mês a mês, ou sempre que a gente sabe que uma paciente pariu, a gente sempre tá dando baixa.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Os relatos mostram que o monitoramento, quando realizado, não contempla a dimensão da rede de atenção e não vem sendo implementado de forma equivalente nos diferentes pontos de atenção da rede assistencial, revelando dificuldades em inserir as ações de monitoramento na cultura organizacional nos serviços de saúde, de modo que, nestes padrões, o monitoramento

apresenta-se ineficaz para a análise de desempenho da rede de saúde. Esta observação corrobora com os achados da pesquisa empírica realizada por Reuter (2016), que registrou a percepção de que a prática do planejamento em saúde não foi exercida entre os municípios pesquisados, associando à tradição dos serviços públicos de realizarem o planejamento de forma normativa, como uma obrigação legal. De modo que os profissionais não observam sentido em avaliar e monitorar metas que não foram construídas de acordo com as necessidades reais do serviço.

Nos documentos do Fórum da Rede Cegonha da RMS, analisados na pesquisa, no período entre abril de 2017 a dezembro de 2018, tampouco se observam registros referentes a ações de monitoramento da rede assistencial, na perspectiva de verificar o cumprimento das ações e metas por parte dos atores envolvidos.

Uma possível causa dessa limitação, relativa às ações articuladas de monitoramento da rede assistencial, pode estar na inexistência de informatização e de sistemas de informação em saúde que atenda às necessidades de integração dos serviços, bem como de indicadores adequados ao acompanhamento das metas pactuadas, conforme observa-se no relato da gestora da CER – “*a gente hoje tá tentando fazer um trabalho de construção de indicadores dentro da central. (...) Hoje infelizmente a gente não consegue fazer isso só com os relatórios que são gerados pelo SUREM, porque eles não são tão fidedignos*”.

Pelas informações coletadas, percebe-se que não existe um valor de uso dos registros alimentados nos diferentes sistemas de informação existentes, uma vez que os profissionais não recebem retorno avaliativo sobre as informações produzidas. Um exemplo dessa inquietação pode ser observado na fala de uma enfermeira de unidade básica entrevistada na pesquisa:

*Em relação aos dados que a gente encaminha? A gente teria que ter isso, um retorno, né? (...). A gente encaminha, tá tudo certo, mas depois a gente não tem. Pra onde vão esses dados? E o quê que eles fazem com isso? Uma vez na vida eles fazem alguma coisa pra apresentar quantos casos de sífilis teve na rede e não sei o que (UBS5).*

No seu artigo, Reuter (2016) observa que o monitoramento das ações parece estar mais organizado nos serviços privados, vez que estes apresentaram uma análise de dados de forma mais facilitada e incorporada à sua cultura organizacional. Esse fato também foi registrado nesta tese, conforme observado no relato da reguladora da maternidade M7, que representa uma organização privada. Contudo, essa prática isoladamente, não agrega valor à disseminação de uma cultura sistêmica de monitoramento em rede.

*A gente tem na verdade as estatísticas, das pacientes que são atendidas no projeto, das que pariram aqui, quantas vieram reguladas, quantas foram do projeto, se foi parto normal, se foi parto cesáreo. A gente tem reuniões sobre o SUS, aqui mesmo no hospital, com nossos funcionários mesmos. A gente tem com a coordenação e diretoria pra gente mostrar até quando é viável, quando não é, o que tem que melhorar, o que não tem. E alguma dessas informações que a gente apresenta nessa reunião também é utilizado pra poder eles verificarem metas, porque algumas metas dessas tem no contrato. A gente tem que dizer quantos partos, quantos atendimentos, essas coisas (M7).*

Ainda que as estratégias de monitoramento identificadas na pesquisa venham produzindo informação e conhecimento que servem como orientador na tomada de decisão, indicando oportunidades de melhoria e estimulando a proatividade dos agentes, nas unidades que relataram tais ações, as limitações apresentadas e a inexistência de processos integrados entre os pontos de atenção mostram que o monitoramento sistemático sobre o desempenho da rede assistencial de pré-natal e parto não vem sendo estimulado em Salvador.

Com base nos fundamentos teóricos da teoria da estruturação que fundamentam esta pesquisa, esse tópico descreveu os elementos relacionados a formalização da linha de cuidado, a divisão de responsabilidades entre os entes federados, a formalização de contratos firmados com os prestadores da rede e os mecanismos de monitoramento da rede como indicadores das regras normativas, estabelecidas como afirmação de direitos e sanção de obrigações impostas aos agentes envolvidos na ação regulatória do acesso à saúde na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador- Ba. Os dados mostraram que a falta de tais processos ou quando estes não conseguem articular os pontos de atenção, nos diferentes níveis assistenciais, contribui para a fragmentação do cuidado em saúde e constrange a capacidade de integração da ação regulatória na perspectiva da RAS.

Compreendendo-se, contudo, que as regras normativas representam um procedimento generalizável, de modo que se aplica a uma gama de situações, mas não atinge a todas as possibilidades que podem acontecer na vida social. A consciência das regras sociais, expressa pelas agentes por meio da sua capacidade cognitiva, apresenta nuances entre a aceitação de uma obrigação normativa e sua transgressão, de acordo com a interpretação das condições apresentadas no contexto em que o ator está inserido. De modo que, ainda que as regras normativas tentem uniformizar a conduta humana, a ação dos agentes sempre estará sujeita a interpretações subjetivas de tais regras, levando-os a assumir determinadas escolhas estratégicas em detrimento de outras, sendo que diferentes agentes poderão optar por condutas diferentes diante de estímulos semelhantes (GIDDENS, 1979). Essa condição explica, em



alguma medida, porquê, apesar da sua extensa prescrição normativa, as políticas de saúde não vem sendo implementadas conforme o preconizado nos diferentes cenários onde o SUS se desenvolve. Essa generalização, possibilita as interpretações pessoais e adoção de estratégias individuais de ação, por parte dos atores envolvidos para solução das dificuldades vivenciadas no cotidiano dos serviços de saúde, inclusive por parte das usuárias.

### ***Regras semânticas***

Os esquemas interpretativos observáveis na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador – Ba foram analisados por meio das expressões empíricas estabelecidas na grade de referência assistencial e nos protocolos assistenciais e de regulação com definição dos critérios de risco para o atendimento das gestantes. Corroborando com a literatura, quando afirma que uma das atividades primordiais para implementação do sistema regulatório do acesso à saúde, na perspectiva da RAS, se refere à delimitação do escopo de ações e serviços de saúde disponibilizados por cada ponto da rede – caracterizando a grade de referência assistencial, e à definição de critérios de encaminhamento, classificação de risco e fluxo para o acesso aos serviços de saúde – estabelecidos nos protocolos (MACHADO et al., 2006; FERRI, 2012; FERREIRA et al., 2016).

De acordo com Serra e Rodrigues (2010), a definição de grades assistenciais de referência pactuadas entre os atores, com base nas necessidades de saúde de determinado território, contribui com a organização mais eficiente das redes temáticas de saúde, permitindo a construção de protocolos e fluxos assistenciais exequíveis, que integrem os pontos assistenciais da rede nos diferentes níveis de atenção, configurando uma regulação efetiva.

A Política Nacional de Regulação do SUS, por meio da Portaria nº 1.559/2008, estabelece dentre as atribuições da Regulação Assistencial a construção de grades de referência, estabelecendo a necessidade de instituir fluxos e mecanismos de encaminhamento claros mediados pela Central de Regulação garantindo acesso adequado e seguimento articulando todos os níveis assistenciais de saúde. Contudo, não define claramente os critérios para o estabelecimento de prioridades, e nem tampouco quais mecanismos devem ser utilizados para sua construção (BRASIL, 2008).

Por meio da pesquisa empírica realizada na coleta de dados desta tese, verificou-se que a rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador conta com um documento denominado “Áreas de influência para acolhimento de gestantes e acompanhamento de pré-natal (risco

habitual), puérperas e recém nascidos”, datado de 23 de fevereiro de 2017 e revisado em 28 de julho do mesmo ano, onde contam a unidade básica de referência e a maternidade vinculada a cada bairro da capital, distribuído nos distritos sanitários. Esse documento expressa, portanto, as regras de encaminhamento acordadas entre os agentes, com base no conhecimento sobre a capacidade instalada de serviços de saúde e seu perfil de atendimento, disponíveis no território de Salvador.

Contudo, os relatos dos profissionais entrevistados, em todos os níveis de complexidade, incluindo nas centrais de regulação, revelam uma apropriação bastante variável sobre sua existência e conteúdo, até mesmo entre unidades de um mesmo distrito sanitário, suscitando a reflexão sobre sua construção e comunicação – que deveria ser compartilhada e pactuada com o conjunto de atores envolvidos, e sobre a capacidade de integração da rede promovida pela ação regulatória orientada por meio deste instrumento. Nesse sentido, os relatos são muito divergentes entre os profissionais dos diversos pontos de atenção da rede, inclusive revelam pouco envolvimento das centrais de regulação na conformação desse fluxo assistencial, conforme exemplificado no Quadro 6.

**Quadro 6** – Narrativas: Grade de referência assistencial.

Ator	Nível de Gestão	Narrativa
Gestora da CER	Estadual	<i>A rede cegonha, tem todo o processo que eles têm, de como deve funcionar a rede materno infantil hoje, e que eu acho que eles têm mais propriedade pra te passar do que eu enquanto regulação (...). Existe a Lei da Maternidade Certa, existe o programa da Rede Cegonha. Então a gente sabe que existem as vinculações.</i>
Gestora da CMR	Municipal	<i>A DAS tem uma área técnica de materno-infantil, que ela participa de toda essa parte. E tem tudo desenhadinho. Quem são as unidades que ela vai encaminhar se for risco habitual, alto risco. O que é a parte da Rede Cegonha.</i>
Gestora da CRU	Municipal	<i>Pelo mapa da vinculação. A gente tem aqui na central inclusive, a vinculação dos bairros, qual a maternidade de referência para alto risco, baixo risco de cada distrito. Quando precisa regular a gente procura ver se têm vinculação com alguma maternidade.</i>
Administradora da maternidade M6	Estadual	<i>Eu não tenho conhecimento desse desenho.</i>
Gerente da UPA PA10	Municipal	<i>Existe no distrito. A nossa unidade de referência é M6.</i>
Gerente da unidade mista UM3	Municipal	<i>Tem um mapa. As maternidades que a gente pode encaminhar, qual é a maternidade que atende o distrito. A gente tem o M4, mas se tiver problema com o M4, tem alguma outra maternidade que possa encaminhar.</i>
Gerente da unidade básica UBS10	Municipal	<i>Desenho, só se tiver no distrito. Porque a gente segue o fluxo que eles determinam pra gente. Então eles devem ter a territorialização de encaminhamentos, tudo isso que eles passam por e-mail.</i>

Enfermeira da unidade básica USF8.2	Municipal	<i>Sim, existe a rede cegonha que orienta a nossa conduta. No caso, a relação das unidades que a gente pode encaminhar essas gestantes. Critérios para o encaminhamento, a gente tem.</i>
-------------------------------------	-----------	---

Fonte: Elaborado pela autora.

As entrevistas revelaram, também, relatos que reconhecem a existência da grade de referência com propriedade sobre seu conteúdo, e reconhece seu estado em permanente construção. Confirmando a fundamentação sobre regras semânticas enquanto esquemas simbólicos ou estoques de conhecimentos técnicos específicos mobilizadas pelos atores no desenvolvimento das suas ações cotidianas, para resolver situações da vida social. De modo que Lumer (2011) afirma que o principal desafio da Regulação Assistencial está na construção de grades de referência e na gestão dos fluxos referenciados por meio de processos vivos e dinâmicos. Nesse sentido, a fala da assessora técnica da maternidade M12 é bem representativa,

*Eu acho que cada vez ele se aperfeiçoa. Não sei se o que a gente tá vivendo hoje é a versão final, até porque as discussões estão em trâmite, eu já participei de algumas com a equipe do município, (...) vários profissionais da rede de maternidades, da SESAB, da DGC (...) e as diretorias de maternidade. Então eu acho que é um desenho que vem buscando trazer uma aproximação do que é melhor que a rede tem. Mas é um desenho que vai se fortalecendo, não é um desenho pronto (M12).*

Algumas narrativas vão revelando pontos de contradição da rede, tais como o cumprimento das responsabilidades pactuadas entre os atores envolvidos, exemplificada na fala da gestora de regulação da maternidade M2 – “o desenho existe sim, mas termina que como alguns deixam de cumprir com o seu papel, sobrecarrega os demais”. Assim como as constantes alterações no perfil de atendimento das unidades, por questões logísticas ou contratuais, provocando necessidades de ajustes, conforme relatado pelas gerentes das unidades básicas USF9 – “Sim. Está formalizado, porém é um processo ainda em construção. Porque existem muitos pontos que a gente avança e que por mudanças de profissionais dentro da instituição, dentro da rede, a gente às vezes tem que recuar pra avançar novamente”, e USF7 – “Antes tinha. Só que aí, com essa coisa de pactuação do município com M7, aí ficou essa barreira de que só iria acolher os pré-natais de alto risco da rede”.

A dificuldade para manutenção de um processo dinâmico, envolvendo continuamente o conjunto de atores de todos os níveis assistenciais da rede, assim como o esforço observado para mobilizar essa construção coletiva na Rede Cegonha em Salvador, são percebidos na narrativa da gerente da unidade mista UM9,

*O pessoal que é da rede cegonha, do distrito e da secretaria municipal, tem*

*feito esses esforços, pra que a gente feche numa linguagem só, pra que a gente feche num atendimento correto. Mas a gente tá em processo de construção, não é fácil não. Nós ainda percebemos muita coisa solta. Até mesmo pra nossas reuniões, a gente tem muita dificuldade. Pra poder estar discutindo essa coisa maior, porque a gente fica muito preso dentro da unidade fazendo nossas coisas que já são solicitadas (UM9).*

As regras normativas do SUS também estabelecem a prerrogativa de adoção dos protocolos clínicos e de regulação para implementação da Regulação Assistencial, que devem ser construídos localmente, atentos às características do contexto específico, em consonância com protocolos e diretrizes nacionais e estaduais. Desse modo, os municípios possuem a atribuição de organizar fluxos e protocolos, como ação inerente ao processo regulatório, estabelecendo encaminhamentos responsáveis e adequados aos demais níveis de assistência (BRASIL, 2006; MENDONÇA et al., 2006).

Os Protocolos Clínicos são recomendações desenvolvidas com base nas evidências científicas, cujo objetivo é nortear a conduta dos profissionais de saúde, subsidiando suas decisões terapêuticas, em relação aos cuidados de saúde mais adequados às situações clínicas específicas, levando-se em conta os recursos disponíveis na rede assistencial. A literatura científica internacional dispõe de inúmeros protocolos publicados nas diversas áreas de atenção, assim como o Ministério da Saúde possui vasta publicação de protocolos referentes às linhas de cuidado priorizadas pelo SUS (MALTA e MERHY, 2010; FERRI, 2012).

A Central de Regulação de Urgência, assim como no pronto atendimento das maternidades, relata-se o uso de um protocolo padrão internacional para classificação do risco das gestantes atendidas pelo SAMU, informado pela gestora da CRU – “*na regulação, com a urgência a gente já vai pro histórico pra classificação do risco. E a partir daí a gente define o recurso. É o score de Malinas que você classifica e define o recurso pra gestante*”. Já as unidades básicas, em sua maioria, referem seguir os protocolos clínicos do MS, conforme exemplificado pela enfermeira da unidade básica UBS5 – “*Veio do Ministério da Saúde. Eu nem tenho aqui cópia, mas a gente sabe. A enfermeira pode prescrever o sulfato ferroso, o ácido fólico, a Benzetacil (...). Mas a gente já sabe desses protocolos*”.

Já os Protocolos de Regulação são diretrizes para solicitação adequada e uso racional dos serviços de apoio diagnóstico e terapias especializadas, sejam a nível ambulatorial ou hospitalar, orientando a ação dos profissionais quanto à ordenação dos fluxos de encaminhamento e integrando os níveis de assistência (MALTA e MERHY, 2010; FERRI, 2012).

A coleta dos dados empíricos apurou que a rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador – Ba possui três protocolos construídos localmente. A pesquisa documental localizou o Protocolo de Regulação Materno-infantil, construído no âmbito do Estado, submetido a consulta pública e divulgados junto ao Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e nos Colegiados Intergestores Regionais (CIR) nas 28 regiões de saúde da Bahia. O documento foi formalizado por meio da Portaria nº 1.681, em dezembro de 2010, contudo, nenhum dos entrevistados fez menção à este protocolo, nem mesmo a Central Estadual de Regulação.

A Central de Regulação Municipal, durante a entrevista, informou e disponibilizou a cópia do seu Protocolo de Regulação do Acesso, datado de agosto de 2018 e construído pela Gerência Executiva de Regulação com o objetivo de dar visibilidade aos critérios de acesso aos procedimentos de média e alta complexidade ambulatorial disponíveis pela SMS Salvador. Este documento não é específico para a assistência materna mas propõe o ordenamento de toda a rede assistencial sob gestão do município, estabelecendo, dentre outras regras, que a atenção básica poderá agendar procedimentos especializados por meio do módulo de regulação do sistema informatizado disponibilizado nas unidades básicas. Esse agendamento é realizado mediante a disponibilidade de vagas pelas clínicas credenciadas ao SUS, dispensando requisitos específicos ou critérios de priorização, tendo como exemplo a ultrassonografia obstétrica. O protocolo determina, ainda, que os exames laboratoriais, integrantes do pré-natal, são procedimentos de demanda aberta, cujo atendimento ocorre mediante disponibilidade de vagas pelos prestadores de serviços, sem agendamento prévio. Os relatos coletados nas entrevistas com os profissionais da rede, especificamente os da atenção básica, não fazem referência direta à este protocolo, contudo se refere às regras de acesso aos exames laboratoriais e de ultrassonografia.

*Protocolo de regulação. Eu acredito que esses protocolos de encaminhamento devem ter algum vínculo com a regulação, porque não dá pra fazer esses protocolos se não for associado à regulação, dos encaminhamentos das pacientes. Eu acho que tá tudo associado. Eu acho não, eu tenho quase certeza (UBS11).*

O terceiro protocolo identificado na coleta de dados da pesquisa é denominado “Critérios e fluxos de acesso ao Pré-natal de Alto Risco em ambulatórios das maternidades de Salvador”, disponibilizado por um profissional da rede durante a entrevista. O documento foi criado pelo Grupo de Trabalho da Rede Cegonha, com data de maio de 2018, descrevendo a participação de profissionais da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), da SMS Salvador e das

maternidades de referência. Seu conteúdo consta os critérios para classificação do pré-natal de alto risco e as formas de encaminhamento para as maternidades de referência, considerando a capacidade de atendimento de cada unidade especializada no território de Salvador. O conteúdo proposto nesse protocolo é bastante citado pelos profissionais da rede, contudo, os relatos confirmam distorções sobre a sua existência formal e sobre a dinamicidade desse conteúdo, já verificadas em documentos anteriores, possivelmente ocasionada por mudanças no perfil de atendimento das unidades de referência, que impactam no encaminhamento e na conformação da rede. As contradições de entendimento podem ser exemplificadas nos relatos dos profissionais em 3 unidades básicas do território:

*O protocolo de regulação que a gente utiliza tá diretamente vinculado a essa questão do encaminhamento das gestantes através das fichas de referência, que isso é bem sedimentado nos profissionais daqui da unidade. (...) O protocolo de regulação que a gente utiliza é esse (USF9).*

*De regulação não. E o encaminhamento a gente recebe orientação, a gente tem uma planilha que fala das condições de alto risco, essas situações que você deve identificar pra mandar a gestante pra maternidade para fazer o acompanhamento. A gente tem isso aí, mas não é um protocolo, é um informe da Secretaria, no caso (UBS4).*

*Normalmente eles mandam orientações por e-mail “M2 tá fechada, agora vai ser pro M4”. São orientações que o distrito envia. Mas não tem assim um fluxograma estabelecido, um protocolo todo montadinho (USF1).*

Nesse item, também foi possível observar estratégias isoladas de algumas unidades hospitalares que relatam a construção de protocolos clínicos próprios, contemplando os critérios para acesso regulado, compartilhados internamente entre os profissionais do serviço, naquela unidade. Um exemplo de destaque foi descrito pela gestora de regulação da maternidade M2, descrevendo sobre a implementação dos 22 protocolos clínicos formalizados na unidade, com a inserção da regulação do acesso transversalizando em todos, segundo a entrevistada:

*Os protocolos, eles foram escritos. Depois deles escritos eles foram apresentados em sessão clínica. Depois de apresentados na sessão clínica, eles foram formalizados e está sendo feita uma capacitação. E aí eu vou te dizer assim, com todo o orgulho do mundo, que a maternidade tá sendo toda capacitada. E aí pra complementar, a equipe da auditoria clínica tá auditando o cumprimento desses protocolos. (...) Nós estamos em todos. Porque todos os protocolos, a gente já faz o viés. No caso da paciente que ela precisa ser regulada, já inclui isso nos protocolos (M2).*

Vários autores (SANTOS, 2008; MALTA e MERHY, 2010; FERRI et al., 2012; ALMEIDA et al., 2013; FERREIRA et al., 2016) têm afirmado sobre a necessidade de colocar os protocolos sob análise, buscando superar o cunho prescritivo e alcançando a condição de

mecanismo de apoio à integração entre os diversos serviços, de transparência do acesso regulado e de educação permanente para os profissionais da rede. Condição que pode ser alcançada mediante a construção compartilhada e consensuada desses instrumentos, e o seu desempenho monitorado constantemente nos espaços coletivos de gestão das RAS, de modo a propor as reformulações necessárias, uma vez que a rede assistencial possui uma dinamicidade decorrente da variação das condições de estrutura física e de recursos humanos para oferta dos serviços de saúde.

Observa-se nos relatos dos profissionais, integrantes de pontos de atenção diferentes, essa necessidade registrada na literatura, como condição para uma ação regulatória mais qualificada e com capacidade de apoiar a integração sistêmica da rede assistencial. As necessidades apontadas na rede pesquisada, indicam a falta de definição do perfil assistencial das unidades, conforme relato da gestora da Central Estadual de Regulação, que poderiam estar ajustados caso essas unidades estivessem contratualizadas:

*A gente não tem oficialmente escrito o perfil de todas as unidades da rede, o que nos dificulta, porque a gente depende da unidade nos dizer o que pode o que não pode receber, o que deve e o que não deve receber. (...) Então a ideia da gente é que a gente possa trabalhar aos pouquinhos cada unidade, ou pelo menos por linha de cuidado, o que for rede própria, pra gente poder definir o que de fato cada unidade tem condições de receber para que o médico regulador ele possa ser mais efetivo no momento que ele... Isso vai depender menos da aceitação da pessoa que tá no dia ou da pessoa de referência para a regulação (CER).*

Observa-se a necessidade de revisão e atualização constante desses documentos, envolvendo os profissionais assistentes, assim como o monitoramento do seu cumprimento, conforme exemplificado na fala da assessora técnica da maternidade M12:

*A regulação já é uma rotina, já é feita, já tá documentada. Prestam conta diariamente das vagas, de manhã e de tarde, da secretaria. Todos os dias eu passo de manhã, a gente verifica o movimento de transferências, internações. Não é perfeição não. Mas a gente tem buscado, inclusive na ambiência nova, trazer esse acompanhamento mais de perto. Os clínicos, é isso, a gente tem trabalhado nos fluxogramas. A gente vai ter que renomear comissões pra restabelecer uma série de coisas (...). A gente tem profissionais de referência, mas aí é constituir as comissões pra construir os documentos (M12).*

Observa-se, ainda, a necessidade de fortalecer a comunicação entre os profissionais da rede assistencial, com a socialização das informações sobre as usuárias no caminho do cuidado em saúde produzido na perspectiva da integração em rede. Necessidade sentida, notadamente, no nível da atenção básica, que deveria concentrar as informações referentes às usuárias da sua

área de cobertura, de modo a cumprir seu papel de coordenadora do cuidado em saúde e ordenadora da rede. Dificuldade registrada na narrativa da enfermeira da unidade básica USF12 – *“nós temos a questão dos protocolos. Mas falta ainda os profissionais conversarem, o diálogo é importante. Você manda a gestante ela vai, é recebida, mas falta a questão da contrarreferência. Referenciou? você não sabe, tem que mandar o agente ir atrás”*.

Cecílio (2012) afirma que a ação regulatória está relacionada às regras do jogo, produzidas e negociadas num sistema social, de modo que poderá assumir conformações distintas de acordo com as características do contexto e da conduta dos atores envolvidos. De acordo com o autor, ainda que o Estado reivindique para si a atribuição de regular, a vida real tem mostrado que todos os atores que participam do processo exercem a capacidade de agência (GIDDENS, 1989), interpretando regras e mobilizando recursos, de formas variadas, na interação com outros atores para produção da ação regulatória.

As regras semânticas, expressas na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador por meio da grade de referência assistencial e dos protocolos clínicos e de regulação, puderam ser observadas e delineadas nos documentos coletados na pesquisa na forma de esquemas interpretativos com base nos conhecimentos técnicos ancorados nas evidências científicas da área da saúde e na oferta local de serviços assistenciais. Contudo, observou-se limitações na sua construção e implementação de modo compartilhado entre os agentes envolvidos, e essa fragilidade não contribui com a socialização dos instrumentos produzidos e não agrega valor de uso ao conteúdo estabelecido nestes, por parte do conjunto dos profissionais da rede assistencial.

As limitações relatadas, como divergências de entendimento sobre os instrumentos, fragilidades de comunicação dos conteúdos documentados entre os pontos de atenção e dificuldades na manutenção de ajustes constantes dos pactos firmados em rede, tem produzido constrangimentos à integração sistêmica dos pontos de atenção da rede assistencial e as possibilidades de acesso, adequado e oportuno, aos serviços de saúde disponível em determinado território por meio da ação regulatória.

De acordo com Malta e Merhy (2010), a Regulação Assistencial se efetiva quando as diretrizes propostas pela política de saúde se desdobram em microprocessos regulatórios que organizam e qualificam o acesso à saúde aos usuários do SUS, em um determinado território. O ideal é que seja um processo dinâmico e permanente, que estimule o desenvolvimento crítico



e reflexivo dos profissionais, despertando sua proatividade para uma ação adequada às necessidades locais e para uma correção de conduta oportuna aos sinais de alerta observados com o monitoramento contínuo.

Tem-se que o SUS vem sendo implementado com base num vasto arcabouço de regras normativas, formalizadas por meio de normas operacionais, portarias, decretos e leis, editadas como orientadoras da política de saúde. Nesse contexto, a implementação da Regulação Assistencial segue o mesmo padrão, tomando como base a imposição de regras formais e fluxos normativos, conforme descrito no tópico sobre sua trajetória político institucional. Contudo, sendo a saúde um campo social complexo, as determinações normativas têm apresentado diferentes possibilidades e contradições na sua implementação, na prática da produção do cuidado em saúde, vez que a ação humana na interação com outros atores tem produzido características estruturais específicas ao contexto em que se desenvolve, conforme observado na pesquisa empírica da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador.

Fato que reforça a relevância dos esquemas interpretativos (GIDDENS, 1979; GIDDENS, 1989) como elemento significativo para o entendimento dos padrões que conformam a estrutura em interação nos sistemas sociais. Os esquemas interpretativos representam uma codificação do contexto específico, com base nos estoques de conhecimento dos atores envolvidos, que permitem uma pactuação de conduta comunicada nos processos de interação, descrevendo como o conjunto de atores interpreta e reage frente a determinada experiência na vida social. As regras semânticas atuam como fator interveniente para delineamento das estratégias adotadas por parte dos agentes da ação, e se referem, portanto, ao aspecto qualitativo e processual das práticas sociais, associadas diretamente ao desempenho da ação humana (GIDDENS, 1979).

#### **4.1.3 Da dimensão estrutura – os recursos**

De acordo com o modelo de análise adotado nesta pesquisa, os recursos são propriedades estruturais mobilizados na ação regulatória, por agentes com conhecimentos e habilidades, que podem influenciar a interação com outros atores. Representam veículos por meio dos quais o poder, enquanto capacidade transformadora, é exercido pelos agentes na produção da vida social. Nesta pesquisa, a mobilização de recursos pôde ser analisada, na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador – Ba, através dos seguintes aspectos: (i) descrição sobre a oferta e qualidade dos serviços oferecidos na rede e (ii) proatividade dos agentes manifestada nas suas

estratégias individuais de ação.

As inferências sobre a oferta e qualidade dos serviços oferecidos na rede foi realizada por meio da análise da suficiência da rede assistencial com base nos dados empíricos. Tais informações mostraram que a assistencial ao pré-natal em Salvador - Ba conta com uma cobertura de atenção básica atingindo 45,7% da população, no ano de 2017, distribuída em 75 Unidades Básicas de Saúde da Família, com 250 equipes implantadas. De acordo com a descrição apresentada no Plano Municipal de Saúde, as áreas não cobertas pela estratégia do saúde da família são atendidas nos 46 Centros de Saúde disponíveis no território (SALVADOR, 2018).

Tendo por referência os parâmetros assistenciais estabelecidos pelo MS (BRASIL, 2017a), no que pese a baixa cobertura da atenção básica, Salvador superou a quantidade de consultas de pré-natal estimada, conforme observa-se no Quadro 7. Para superar a meta estimada contou com o quantitativo de 23% produzido pela rede estadual, realizado nas maternidades, contrariando a divisão de responsabilidades entre os níveis assistenciais, visto que os serviços hospitalares deveriam dedicar sua capacidade operacional aos procedimentos especializados.

**Quadro 7** – Quantidade estimada x realizada de consultas de pré-natal na atenção básica, Salvador – Ba, período entre julho de 2017 a junho de 2018.

Salvador - Ba	Parâmetro	Quantidade
Estimativa de gestantes 2017	Nascidos vivos no ano anterior + 5%	36.768
Consulta pré-natal na Atenção Básica	3 consultas / gestante	110.304
Produção 12 meses – Gestão Municipal	-	105.125
Produção 12 meses – Gestão Estadual	-	25.404
<b>Total realizado em 12 meses</b>	<b>110.304</b>	<b>130.529</b>

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Tabnet – SIA/SUS.

Esse dado, contudo, não permite avaliar se todas as gestantes do município realizaram consulta de pré-natal, pois o registro desse procedimento não é individualizado no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Ademais, por meio dos relatos das usuárias dos serviços em Salvador identificou-se gestante que havia realizado 9 consultas de pré-natal e gestante que aos 7 meses só havia realizado 1 consulta na unidade básica, mostrando uma variação considerável em relação ao parâmetro de 3 consultas estabelecido pelo MS.

Em relação aos exames laboratoriais do pré-natal, os dados levantados mostram que Salvador conta com 60 postos de coleta nas unidades básicas (SALVADOR, 2018) e 28

estabelecimentos credenciados pela SMS (CNES, 2019), distribuídos pelos 12 Distritos Sanitários, além das maternidades da rede assistencial que também oferecem esse serviço. O acesso aos exames laboratoriais, nos estabelecimentos sob gestão municipal, não necessita de agendamento prévio, as usuárias podem se dirigir a qualquer uma das unidades executantes para realização do procedimento, mediante disponibilidade de oferta gerenciada pelo prestador, de acordo com a cota de procedimentos programada pelo município, conforme definido do Protocolo de Regulação do Acesso da CMR, confirmado no Plano Municipal de Saúde de Salvador.

Pelos relatos dos profissionais da rede, esses prestadores distribuem um quantitativo de fichas de atendimento diariamente, de modo que as gestantes nem sempre tem a garantia de acesso, ou enfrentam dificuldades para viabilizar seu atendimento, como exemplificado na entrevista da enfermeira da unidade básica USF8.2 – *“os exames laboratoriais conseguem marcar, apesar de demorar muito. Demora às vezes mais de 1 mês. E pra o pré-natal às vezes é complicado a gente aguardar tanto tempo”*.

Tendo por referência os parâmetros assistenciais estabelecidos pelo MS (BRASIL, 2017a), a análise da produção do exame laboratorial de VDRL para gestante<sup>6</sup>, registrada no SIA/SUS, revelou que Salvador não alcançou a meta estimada, apresentando uma maior produtividade das unidades hospitalares na oferta do procedimento, conforme descrito no Quadro 8. Contudo, essa informação pode apresentar uma distorção em decorrência da não utilização do código específico para gestantes pelas unidades da rede municipal. Neste caso, poder-se-ia inferir também uma fragilidade no monitoramento das ações da rede cegonha por parte da SMS.

Os relatos sobre a oferta dos exames laboratoriais, em geral, demonstram um acesso fácil pois na maioria das unidades básicas visitadas a coleta é realizada na própria unidade. Além destes pontos de acesso, a rede conta com os laboratórios privados contratados pelo município e muitos profissionais recomendam às usuárias que busquem o serviço disponibilizado em pontos alternativos à rede física formal, tais como os serviços da UFBA e da APAE. Essa indicação de opções diferentes da coleta na UBS, ocorrem de acordo com a proximidade destes locais em relação à unidade, e foram justificadas pelos profissionais por conta da demora na entrega dos resultados e, em alguns períodos, pela falta de material para leitura de determinados

---

<sup>6</sup> O VDRL é o único procedimento laboratorial que possui um código específico para a gestante na Tabela SUS. Por isso foi escolhido nesta pesquisa para analisar o acesso aos exames laboratoriais no pré-natal.

exames importantes para o acompanhamento da gestação, segundo os entrevistados. Fato confirmado nas entrevistas com as usuárias do serviço no município, conforme exemplificado pela gestante G8.3 quando questionada sobre onde realizou seus exames de laboratório do pré-natal, informou que fez “os 3 pela APAE, só fiz 1 dos exames no municipal. Mas tá demorando 1 mês pra entregar. Até agora não peguei. Pelo município ainda não foi entregue”.

**Quadro 8** – Quantidade estimada x realizada de VDRL em gestantes, Salvador – Ba, período entre julho de 2017 a junho de 2018.

Salvador - Ba	Parâmetro	Quantidade
Estimativa de gestantes 2017	Nascidos vivos no ano anterior + 5%	36.768
<b>VDRL – Teste para detecção de sífilis em gestantes</b>	2 exames / gestante	73.536
Produção 12 meses – Gestão Municipal	-	2.211
Produção 12 meses – Gestão Estadual	-	21.724
<b>Total realizado em 12 meses</b>	<b>73.536</b>	<b>23.935</b>

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do Tabnet – SIA/SUS.

Para realização da ultrassonografia obstétrica, a coleta de dados secundários desta pesquisa identificou 51 estabelecimentos privados credenciados ao SUS (CNES, 2019), além de 04 multicentros de saúde pertencentes à gestão municipal e das maternidades da rede assistencial. Estes exames, classificados como de média complexidade, são procedimentos que podem ser agendados diretamente nas 42 unidades de saúde que possuem o módulo do sistema informatizado da CMR para marcação (SALVADOR, 2018). O acesso depende da disponibilidade de vagas nos prestadores de serviço e não necessita autorização prévia da CMR.

A oferta da ultrassonografia obstétrica, de acordo com dados registrados pela CMR – disponibilizados durante a pesquisa, e os registrados no SIA/SUS, mostram uma produção muito inferior à meta estimada pelo MS (BRASIL, 2017a), conforme descrito no Quadro 9, comprovando que a demanda é maior que a oferta em relação à este procedimento. Os dados revelam, novamente, o impacto da produção hospitalar realizada pelas maternidades da rede assistencial, sobre a oferta de serviços ambulatoriais em Salvador.

**Quadro 9** – Quantidade estimada x realizada de ultrassonografia obstétrica, Salvador – Ba, período entre julho de 2017 a junho de 2018.

Salvador - Ba	Parâmetro	Quantidade
Estimativa de gestantes 2017	Nascidos vivos no ano anterior + 5%	36.768
Ultrassonografia obstétrica	1 exame / gestante	36.768
Dados da Central Municipal de Regulação		
Programado pela CMR	-	7.822
Publicado pela CMR	-	9.048

Agendado pelas unidades marcadoras	-	6.709
Realizado pelos prestadores	-	4.852
Dados de produção coletados no SIA/SUS		
Produção 12 meses – Gestão Municipal	-	5.052
Produção 12 meses – Gestão Estadual	-	14.708
<b>Total</b>	<b>36.768</b>	<b>19.760</b>

Fonte: Elaborado pela autora.

Essa informação corresponde com os relatos dos profissionais da rede, em especial na atenção básica, que são unânimes em afirmar as dificuldades para marcação da ultrassonografia obstétrica pelo SUS, na rede municipal, conforme explicitado na fala do enfermeiro da unidade básica USF5 – *“ultrassom é um problema que a gente tem. Eu nunca vi uma gestante minha conseguir pela regulação. Quase 100% das gestantes fazem particular, ou às vezes elas encaminham pra maternidade com alguma intercorrência e lá é feito um ultrassom de urgência”*. Muitos profissionais destacam a proatividade da usuária na busca do acesso ao serviço que deveria ser garantido pela rede, a exemplo do relato da enfermeira da UBS4 – *“a maioria delas, procura realmente atendimento na rede privada, ou clínica de preço popular, ou uma ou outra consegue fazer na M2, indo diretamente lá. Ou então com algum conhecimento de algum outro serviço”*. Contudo, nas duas narrativas é possível verificar a possibilidade de realização do procedimento nas maternidades da rede, corroborando com os dados de produção obtidos na pesquisa.

As gestantes entrevistadas na pesquisa também relataram dificuldades em acessar os serviços de ultrassonografia obstétrica, apesar de saberem sobre a possibilidade de agendamento na unidade básica. Cita-se como exemplo os relatos da gestante G12.1 referindo que os funcionários da UBS *“sempre diziam que não tava marcando em lugar nenhum”*, e a gestante G12.2 quando questionada sobre a marcação da ultrassonografia na sua unidade básica de referência afirmou que *“faz, mas não acha. É muita gente”*.

A análise dos dados de produção dos procedimentos de ultrassonografia, triangulados com as entrevistas e documentos coletados na pesquisa, revelam contradições na regulação dos serviços ambulatoriais especializados em Salvador, que tem contribuído para dificultar o acesso aos procedimentos especializados pelas gestantes.

Conforme discutido no tópico sobre a divisão de responsabilidades entre os entes federados no processo regulatório, corroborando com a literatura, a prerrogativa do comando único e articulado dos processos regulatórios entre os três níveis de gestão do SUS é condição

para a conformação em redes de atenção à saúde, de forma integrada, conforme estabelece a política do SUS. Contudo, esta ação articulada entre os entes federados apresenta-se em permanente construção, uma vez que está subordinada à interesses político-partidários, que muitas vezes são conflitantes (SANTOS e MERHY, 2006). De acordo com os dados coletados nesta pesquisa, no Complexo Regulador em Salvador, a oferta de serviços ambulatoriais especializados produzida na rede hospitalar, sob gestão do ente Estadual, não é regulada pela CRM. Dessa forma, o acesso da capacidade de oferta, que representa percentuais significativos na produção total dos serviços, conforme visualizado nos quadros acima, não está disponibilizada para a atenção básica, sendo acessadas diretamente pela usuária.

Outro ponto digno de registro, se refere à concentração dos serviços contratados pela CRM. De acordo com o Plano Municipal de Saúde (SALVADOR, 2018), 49% dos prestadores de serviços assistenciais de média complexidade estão concentrados em 3 distritos sanitários, localizados na região central do município, dificultando a acessibilidade das usuárias, em especial os que residem nas regiões periféricas. Fato que pode ser justificativa para o número de pacientes que agendam e não comparecem para realizar o exame, representando 28% dos procedimentos agendados no sistema da CRM, conforme descrito no Quadro 9.

Observa-se nos relatos dos profissionais da rede básica de saúde, que não existe uma distribuição de cotas por unidade básica ou por distrito sanitário, de modo que os profissionais possam viabilizar o agendamento de acordo com critérios de priorização. Contrariamente, as orientações técnicas expedidas pelo MS orientam que a média complexidade ambulatorial deve ser organizada pela Regulação Assistencial, para que esta dimensione e distribua cotas de atendimento entre as unidades básicas de saúde, tendo por base os protocolos de regulação para seu agendamento com base em critérios de necessidade e risco, evitando privilégios (SILVA JMB, 2011).

No que pese a descentralização da marcação, pela CRM, não existe um dimensionamento das cotas e, de fato, não existe uma regulação do acesso destas vagas, uma vez que, além de estarem abaixo da meta estimada, o critério adotado para agendamento é de quem chega primeiro ou de quem insiste em ir repetidas vezes à unidade em busca da vaga. Situação claramente apresentada no relato da coordenadora da unidade básica UBS7:

*Na verdade a regulação não tem um dia fixo. (...) Não tem um dia determinado pra abrir a agenda. Ai a pessoa vem hoje aqui (...) “ah, hoje não tem, venha amanhã, não tem”. Às vezes assim, um momentinho que ela se ausenta, a vaga aparece, aí um outro marca. “Ah, mas fulano marcou”. Ai a demanda vem*

*toda pra gente. A gente explica “olhe, senhora, entenda, a regulação é assim”. Uma coisa que eu acho errado na regulação, eu acho péssimo, deveria ofertar a vaga pro distrito, não deveria jogar pro município todo 20 vagas. Quer dizer que o distrito que tem 10 unidades de saúde recebe a mesma quantidade do que tem 4 unidades de saúde? (UBS7).*

As dificuldades com o agendamento se revelam mais complicadas nas unidades de saúde que possuem limitações na sua estrutura física e de pessoal técnico para marcação, aparentemente difíceis de serem resolvidos pela gerência da unidade, que não tem poder de decisão sobre esses elementos. Registra-se o depoimento da gerente da unidade básica USF5 que explica, “*aqui é PSF, então o SAME só começa a funcionar a partir das 8h. E tem unidade que é a partir das 7h. Então as vagas são lançadas logo cedo. Então como é um sistema integrado, quem abre primeiro vai ver a vaga lá*”. Esse relato é bem significativo no sentido de mostrar como a atenção básica, e a estratégia de saúde da família, não tem sido privilegiada como ordenadora da rede assistencial em Salvador, uma vez que os processos regulatórios não estão organizados de modo a favorecer que estes profissionais organizem o acesso da população, contrariamente ao que determina as regras formais do SUS e a literatura científica.

Em relação à rede hospitalar, os dados secundários coletados por meio do CNES, descritos no Quadro 10, mostram que Salvador conta com mais leitos obstétricos do que o cálculo de leitos necessários para sua população própria, com base no parâmetro estabelecido pelo MS (BRASIL, 2017a). Isso não significa suficiência da capacidade instalada para esse serviço, uma vez que Salvador tem pactuação como referência assistencial na média e alta complexidade em obstetrícia para outros 191 municípios<sup>7</sup> e atendeu, de fato, pacientes de 256 municípios do interior do Estado no período entre julho de 2017 a junho de 2018 (TABWIN, 2019).

**Quadro 10** – Quantidade estimada x cadastrada de leitos obstétricos, Salvador – Ba, fevereiro de 2019.

Salvador - Ba	Parâmetro	Quantidade
Estimativa de gestantes 2017	Nascidos vivos no ano anterior + 5%	36.768
<b>Leitos obstétricos</b>	{ Gestantes Estimadas x 2,5 dias (média de permanência) / [365 dias x 0,7 (taxa de ocupação 70%)] } x 1,21 (ajuste para outros procedimentos obstétricos)	436
Leitos cadastrados no CNES – Gestão Dupla	-	26
Leitos cadastrados no CNES – Gestão Estadual	-	425
<b>Total</b>	<b>436</b>	<b>451</b>

<sup>7</sup> De acordo com Observatório Baiano de Regionalização, disponível em <http://www5.saude.ba.gov.br/obr/>.

Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados do CNES/DATASUS.

O atendimento aos pacientes oriundos do interior do Estado foi pontuado, pelos entrevistados, como elemento complicador da capacidade de oferta da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador – Ba, como observado no relato da reguladora da maternidade M7 – *“a linha que eles desenharam para Salvador, com o pessoal todo do interior, não é uma linha suportável. (...) Muitas vezes a gestante bate na porta da sua unidade e não tem a vaga porque está ocupado por gente do interior, que poderia ter o atendimento lá também”*.

A demanda oriunda do interior do Estado parece contribuir para desorganizar a Regulação Assistencial no acesso aos leitos de obstetrícia em Salvador, situação sentida pela Central Estadual de Regulação e por todas as maternidades da capital, que relatam como justificativa dessa ocorrência elementos culturais – como o desejo da gestante em ter o parto em um local com mais recursos tecnológicos, conforme citado pela supervisora de enfermagem de M5, e questões organizacionais relativas à regulação – como o encaminhamento das gestantes em trabalho de parto sem regulação por parte dos municípios do interior, fato que não parece ser raro pois foi relatado por quase todas as maternidades, exemplificado pela narrativa da gestora de regulação de M2.

*Porque é meio cultural de entender que precisa de uma tecnologia pra parir. Então elas dizem “não quero parir no interior, não quero parir sem recurso, eu quero parir num lugar que se acontecer alguma coisa...”. Mesmo em gestação de risco habitual. Isso tem causado impacto de sobrecarregar os grandes centros, e os interiores com a maternidade com estrutura, casa de parto (M5).*

*Nós temos um grande problema com interior. A ambulancioterapia, (...) A gente ainda recebe ambulância de interior aqui na porta com o paciente em trabalho de parto. É uma loucura. (...) A gente tem notificado todos esses casos à CER; a gente coloca que a paciente veio sem regulação e o quadro que chegou e fazemos contato com a Secretaria de Saúde do município, via e-mail, via ofício. (...) Às vezes acontece ainda o absurdo assim: a gente regula Maria e vem Joana. Acontece isso (M2).*

Pelo relato da gestora da Central Estadual de Regulação, dentre os impactos causados na rede assistencial, observa-se uma sucessão de causas e consequências que comprometem a ação regulatória com a subutilização da capacidade instalada de Salvador pela ocupação com partos de baixo risco, contribuindo para a superlotação das maternidades da capital, o que dificulta a garantia da vinculação das gestantes do município.

*O grande problema que a gente enfrenta em Salvador é porque dentro dos municípios a gente nem sempre tem estrutura adequada e acaba que as unidades de Salvador ficam superlotadas por uma deficiência dos outros*



*municípios. Então acaba que às vezes a gente não consegue cumprir a vinculação, respeitar essa vinculação, porque a unidade está superlotada com pacientes do interior. E às vezes a gente acaba inclusive recebendo baixo risco que poderia ser resolvido na própria região, no próprio município de residência daquela gestante, e acaba vindo para Salvador (CER).*

Outra situação observada pelas unidades hospitalares, que impacta na suficiência da rede assistencial, se refere à capacidade de atendimento das intercorrências durante a gestação pelas unidades básicas ou pelas unidades de pronto atendimento, contribuindo para a superlotação das maternidades com outras situações de atendimento, além do parto. Santos (2008) corrobora com essa observação, afirmando que as intervenções clínicas ineficientes e coordenação deficiente na atenção primária resultaram em demanda excessiva por serviços especializados e de atendimento de emergência.

Esse registro sobre a capacidade de atendimento da atenção básica foi muito citado entre os profissionais das maternidades, relatando as dificuldades de acesso das gestantes para situações ambulatoriais e realização dos exames que não foram garantidos no pré-natal, que fazem com que as usuárias recorram ao pronto atendimento das maternidades na busca pelo acesso negado no nível primário. Cita-se como exemplo narrativas de 3 maternidades da rede, sendo uma delas maternidade de referência para alta complexidade:

*As dificuldades também são as pacientes que muitas vezes não conseguem fazer o pré-natal e quando chegam aqui, porque ela teve uma infecção urinária durante a gestação e que não conseguiu tratar, essa paciente vai chegar aqui vai internar, vai ficar mais dias, vai ocupar o leito. Eu vou falar só por baixo, sem contar os casos mais graves. Então essa é uma dificuldade (M6).*

*A emergência obstétrica é a maior dificuldade hoje. Ela (a gestante) chega com a queixa, mas na conversa a gente identifica qual é a demanda. Aí fica aí, às vezes de um dia para o outro aguardando a ultrassom, porque também ela não faz uma queixa assim de “eu quero saber se eu tô grávida”. Ela tá com uma dor, ela relata um sangramento, então o médico também não vai liberar diante dessa queixa. Aí isso impacta no atendimento. Aí quando a gente devolve isso pra atenção básica, não tem teste rápido. A atenção básica não tem serviço de ultrassom suficiente pactuado na rede (M5).*

*As mulheres fazem o pré-natal e nem todas conseguem fazer o exame de laboratório e principalmente exames de imagem. E isso compromete muito a nossa rede porque acabam nos procurando com muita frequência por questões que teriam que ser resolvidas na unidade básica. Nós temos um número muito grande de fichas azuis e verdes que poderiam ser solucionadas na rede básica (M9.2).*

Os próprios profissionais da atenção básica confirmam situações de fragilidades em relação à estrutura física e de recursos humanos que tem impactado na sua capacidade de

atendimento, conforme relatado pela coordenadora da unidade básica UBS7, que identifica como principal problema o quantitativo de profissionais e as necessidades de substituição por férias e licença. *“Porque um ginecologista só não tem condições, porque o enfermeiro se sobrecarrega também. E ela saiu de férias e não substituiu. Licença, um problema de saúde”*. Assim como a estrutura física da unidade, que não comporta o volume de atendimento, segundo a gerente da unidade básica USF4 – *“um dos problemas são as gestantes de demanda aberta, que a gente não está preparado para receber, por conta de que o posto é pequeno, a gente não tem profissionais suficientes para atender”*.

Muitos profissionais da rede assistencial afirmam sobre a necessidade de ampliação da cobertura da atenção básica em Salvador, como um elemento que tem produzido dificuldades para o acesso aos serviços de saúde à população do município, sobrecarregando as áreas que possuem equipes de saúde da família implantadas e os serviços especializados, em especial os serviços de urgência e emergência. Necessidade registrada, também, no Plano Municipal de Saúde de Salvador, com base nos dados epidemiológicos descritos no documento (SALVADOR, 2018). Dentre os profissionais, cita-se como exemplo a fala do enfermeiro da unidade básica USF2, que foi categórico ao afirmar que *“talvez a melhora não é nem a questão do parto, é a questão da atenção básica. Ampliar a atenção básica pra facilitar o acesso. Pra as pessoas não saírem de bairros que não tem unidade de saúde para um bairro distante”*.

Assim como na atenção básica, as unidades hospitalares também relataram fragilidades em relação à pessoal, comprometendo a ação regulatória em determinados dias, conforme situação da escala de profissionais de plantão nas maternidades, registrado como exemplo na entrevista da gestora de regulação da maternidade M2:

*Uma das coisas também que impacta principalmente nessa questão do funcionamento como um todo, é o déficit de equipes. Principalmente assim, férias, licenças, então a gente vê, isso impacta de forma muito negativa. Não tem uma substituição adequada. Nas unidades como um todo. (...) Naquele período que nós fizemos a avaliação, porque tava acontecendo superlotação das unidades. Então a gente visualizou assim “ah, 2, 3 profissionais de férias, sem ter quem cubra, quem substitua (M2).*

Outro elemento de dificuldade foi observado nos relatos da CMR, referente ao controle do ente público sobre os prestadores privados de serviços de saúde, em relação ao processo administrativo para contratação, segunda a gestora da central, *“porque às vezes na definição do contrato não fica tão claro o perfil de ultrassom e ultrassom obstétrica a gente no chamamento público inclusive, a gente não conseguiu atingir a necessidade”*. E em relação aos mecanismos

de controle da produção realizada pelo estabelecimento privado, comprometendo a oferta de serviços ambulatoriais especializados na rede assistencial, que representa o principal desafio da Regulação Assistencial para a gestora da CMR, *“porque você programa, compra o serviço, mas aí se depara na operacionalização disso. De você garantir que aquilo que você comprou com aqueles pré-requisitos esteja sendo ofertado, cumprido dessa forma”*. Essas dificuldades de controle estão registradas na literatura, de acordo com Silva JMB (2011), ao afirmar que o gerenciamento das agendas junto aos prestadores de serviços permite ao ente público realizar o controle da oferta de serviços, diminuindo possíveis fraudes na produção, assim como possibilita garantir maior equidade no acesso, privilegiando o critério de necessidade e risco dos usuários em detrimento das influências pessoais ou apenas da persistência do próprio paciente em buscar o recurso de que necessita.

Os recursos, enquanto elementos estruturais de um sistema social, na rede assistencial de saúde estão representados nos procedimentos de saúde, produzidos nos pontos de atenção do território, mobilizados pelos atores, com base nas regras normativas e semânticas daquele contexto. Tais recursos são mobilizados por meio da interação produzida pela ação regulatória, que pode ser promovida por diversos agentes além do ator governamental, conforme visto nos achados desta pesquisa e outros estudos empíricos sobre o tema.

Todos esses elementos elencados, que descrevem um contexto de insuficiência dos recursos assistenciais na rede de atenção ao pré-natal e parto em Salvador, se apresentam, portanto, como desafios para a ação regulatória, impactando na organização do acesso regulado que atenda adequadamente as necessidades das usuárias, com base em critérios de necessidade e priorização de risco, definidos coletivamente e estabelecidos em protocolos e fluxos assistenciais. Essas características constituem o contexto real, específico do caso estudado nessa tese, que, por sua vez, fundamentam a ação dos agentes em interação no cotidiano das práticas sociais produzidas na Regulação Assistencial em Salvador, observáveis no período da coleta de dados desta pesquisa.

De acordo com estes fundamentos (GIDDENS, 1979; GIDDENS, 1989), adotados no modelo de análise, a interpretação das regras normativas, a apropriação dos esquemas interpretativos que integram as regras semânticas e a capacidade de mobilização de recursos contribuem para definição de estratégias de ação dos atores envolvidos no processo regulatório, com base na sua capacidade de cognição e reflexão sobre o contexto em que estão inseridos. Cohen (1999) afirma que, para uma análise empírica, as estratégias de conduta adotadas pelos

agentes sociais em interação na prática social representam aspectos da práxis que são reproduzidos na estruturação do sistema sob investigação.

Essa observação corrobora com a análise empírica de Cecílio (2012), quando este autor analisa a multiplicidade de desenhos operacionais da atenção básica encontrados em diferentes municípios do país, bem como nos diversos regimes de regulação que operam na conformação das redes de atenção à saúde no SUS. No que pese a disposição dos modelos normativos de tais políticas, o autor destaca a atuação dos diferentes trabalhadores envolvidos no processo que adotam na sua conduta, além das regras normativas, seus saberes e experiências, produzindo estratégias de ação diversas frente às situações no cotidiano dos serviços.

Diante dessa observação relevante para a explicação das diferentes práticas sociais operadas na interação entre os atores em um sistema social complexo, como é o caso da Regulação Assistencial, adota-se nesta pesquisa o elemento referente a proatividade dos agentes manifestada nas suas estratégias de ação individual como indicador de análise sobre a mobilização dos recursos disponíveis na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador.

Neste tópico, uma primeira inferência refere-se à capacidade do profissional médico de mobilizar recursos numa rede de saúde, seja pelo seu poder de influência nos serviços e sobre os demais profissionais e colegas, em muitas situações exercendo cargos de chefia, seja pela execução direta de grande parte dos procedimentos de saúde realizados na assistência à gestante, em especial no acesso ao parto. Fato observado na rede estudada, conforme registro nos relatos de 2 gestoras de maternidades da rede municipal:

*Geralmente o que eu percebo é que quem muito assegura a vaga é quem está no plantão. Eu percebo isso até claramente quando a gente liga pro chefe de plantão de outros setores, eles são quem define se tem a vaga ou não (M9.2).*

*O médico é um personagem muito importante, porque é ele quem formaliza, esse é o meu ponto de vista. É ele quem esclarece mais ou menos a descrição dos fatos. É também o médico que tá do outro lado que vai avaliar a gravidade disso e a priorização disso (M12).*

E explicado com base na TE, segundo a qual o poder de influência dos atores sobre os recursos assistenciais pode ser autoritativo, considerando a sua autoridade sobre as pessoas em determinado serviço, como por exemplo, pela ocupação de um cargo hierárquico, pelo exercício da autoridade sanitária do médico regulador ou mesmo por uma influência pessoal. Assim como, os recursos podem ser mobilizados de forma alocativa, quando o profissional detém poder sobre os recursos materiais, como acontece com os profissionais que realizam os

procedimentos de saúde necessários à assistência à usuária.

Essa característica faz com que o profissional de saúde, em especial os médicos, tenham muita influência na chamada regulação paralela, conforme observado nas entrevistas, designada por Cecílio et al. (2014) como regulação profissional, por meio da qual o acesso aos serviços de saúde é viabilizado de forma direta entre profissionais e a regulação atua apenas como formalizadora do processo administrativo. No que pese o caráter autêntico das demandas das usuárias, resolvidas por meio dessa conduta, trata-se de uma estratégia individual que privilegia a integração social entre profissionais, em detrimento de ações articuladas coletivamente que favorecessem a integração sistêmica.

Por parte dos agentes da regulação, a estratégia principal para viabilizar o acesso é o uso da autoridade sanitária do médico regulador, conferida legitimamente pelo ente federado para autorizar o uso das vagas disponíveis na rede assistencial, em especial no acesso aos leitos de obstetrícia. Silva JMB (2011), explica que a viabilidade da regulação no nível hospitalar está relacionada à capacidade das unidades de internação em produzir informações sobre sua ocupação em tempo real, fortemente dependente da interação entre os atores envolvidos com a assistência e da sua colaboração com o processo regulatório. De modo que, o médico regulador, a depender da colaboração dos profissionais assistentes, precisa adotar uma ação regulatória de forma coerciva para viabilizar os recursos necessários, em especial nos casos de emergência, tendo como base as regras, nos seus aspectos normativos - em função dos direitos e obrigações a que estão todos os atores submetidos, ou nos aspectos semânticos – com base nos esquemas técnicos especializados da prática médica. Conduta denominada como “vaga zero” ou “vaga sempre” prevista nas normativas do SUS e relatada na entrevista da gestora da Central de Regulação das Urgências de Salvador:

*A estratégia é vaga zero. (...) Pense, eu tenho um grupo onde estão todos os representantes das unidades – diretores, coordenadores das maternidades. Eu tenho uma rede que você fala que já conhece; eu tenho uma vinculação de pacientes; eu preciso fazer vaga zero? Mas a gente ainda faz vaga zero. Eu não consigo conceber, mas a gente vai lidando com isso. Tá bom então, se é vaga zero então é vaga zero (CRU).*

As informações obtidas na coleta de dados revelam uma série de situações do contexto dos profissionais da rede assistencial, que ultrapassam as determinações formais, e interferem na produção do serviço ofertado. Vários relatos mostram que a organização do acesso aos serviços assistenciais de pré-natal e parto difere entre as unidades assistências, apesar da existência das normas formais e de regras pactuadas nos espaços de governança da rede. Isso

sugere que a ação dos profissionais tem interferência direta na garantia do acesso e na qualidade do serviço oferecido. Cita-se alguns exemplos peculiares, que mostram a atuação individual dos profissionais de diferentes pontos de atenção, na solução de problemas do cotidiano dos serviços de saúde:

*A gente não fica só no sistema. A gente corre atrás (Administradora da maternidade M6).*

*A unidade não tem uma estratégia. Eu tenho minhas estratégias. Planejamento estratégico sou eu que faço aqui no atendimento: “e aí, você fez ultrassom, como você conseguiu essa ultrassom? Pô, eu gostei muito dessa ultrassom. E esse médico, como foi seu atendimento com ele, foi bom? Ah, eu vou pegar esse contato”. A paciente chega e eu falo “uma paciente conseguiu assim, assim e assim, vê se você não consegue também” (Enfermeira da unidade básica UBS11).*

*Aqui eu faço de parto de onça a atracação de navio. Aqui a gente faz das tripas coração, dá nó em pingo d’água. É pedindo “por favor, você pode me ajudar? Deixa eu botar essa gestante assim, assim e assim”. Aí tenta empurrar, aí tira o preventivo que tá com baixa demanda, bota pré-natal, é assim que a gente fica fazendo (Coordenadora da unidade básica UBS7).*

Muitos profissionais relataram o uso de contatos pessoais em outros pontos de atenção para garantir o atendimento das gestantes encaminhadas, outras unidades mapeiam as formas de acesso realizadas por outros pacientes ou fazem parcerias com estabelecimentos de saúde privados da região, para apresentar às gestantes como alternativas para buscar o recurso necessário. Observa-se que estes relatos são muito frequentes no nível da atenção básica, possivelmente pela vinculação dos profissionais com a população de abrangência, o que os estimula a mapear possibilidades alternativas para encaminhamento das “minhas gestantes”, forma como muitos profissionais se referem às usuárias.

*As estratégias são sempre nesse sentido de fazer um contato direto. Às vezes a paciente vai e não consegue acessar, essa paciente retorna, a gente reencaminha novamente através de uma nova ficha de referência, faz o contato por telefone colocando qual é a paciente, pedindo às vezes pra paciente procurar especificamente essa pessoa de referência pra ver o que a gente consegue dar de solução pra situação específica da paciente (Gerente da unidade básica USF9).*

*A gente busca informações extras de clínica que faz mutirão de ultrassom, de locais que fazem exames. Quem dá mais rápido o exame. Se tá acontecendo completo o exame. Porque muitas vezes elas não têm condições de estar se deslocando. A gente vê essa informação pra o paciente ir no lugar certo (Gerente da unidade básica USF7).*

*A gente tem uma parceria com uma clínica aqui, que sabe que a gente não consegue algumas ultrassonografias, aí eles deram desconto para quem foi encaminhada daqui. Então aí ela já consegue fazer esse acesso com um*

*descontozinho* (Gerente da unidade básica UBS10).

Algumas unidades da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, conforme observado nos relatos dos profissionais, têm desenvolvido projetos específicos nos serviços isoladamente, de acordo com as condições próprias daquela unidade, conforme exemplos apresentados no Quadro 11. Apesar de contribuírem para viabilizar o acesso naquele ponto de atenção, representando uma estratégia mais institucionalizada, tais ações isoladas pouco influenciam na integração sistêmica da rede assistencial. Destaca-se, nesse ponto, a implantação dos Núcleos Internos de Regulação em algumas unidades hospitalares da rede assistencial, como uma estratégia potente para apoiar a regulação dos leitos obstétricos nas maternidades que adotaram essa conduta.

**Quadro 11** – Narrativas: Estratégias individuais nas unidades de saúde.

Ator	Nível de Gestão	Narrativa
Maternidade M5	Estadual	<i>Uma outra coisa que soma muito, é ter um Núcleo Interno de Regulação dentro do hospital. Quando não tinha, o dono dos leitos era o profissional da enfermagem, da UTI, cada um dizia se tinha leito ou não. Aqui, por exemplo, a gente tem o núcleo interno de regulação 24h. Então normalmente tem 2 profissionais no plantão, divide por área. Então sempre tem um profissional que tem mais afinidade, mais manejo na área materno-infantil. Então já sabe todas as nuances, relação das pessoas. Então não tem como alguém dizer que não tem o leito, dizer que não vai receber porque falta isso ou porque falta aquilo. Isso não existe. E o contato da regulação é com esse núcleo.</i>
Maternidade M6	Estadual	<i>Foi criado pela coordenação de obstetrícia um projeto chamado Sentinela. Então esses médicos, eles estão dando essa carga horária lá na emergência junto com a enfermeira da classificação de risco, onde eles atendem as pacientes classificadas como verde e azul que são de menor risco de gravidade. Então ali mesmo ele avalia, médica se for o caso, solicita exame, libera paciente. Então é uma paciente que não tem indicação de internamento. Não fica esperando(...). Então a gente conseguiu dar uma celeridade no atendimento dessas pacientes.</i>
Unidade Mista UM9	Municipal	<i>O Grupo Acolher é um grupo de gestantes, ele veio muito nessa ideia de colocamos toda nossa equipe pra poder trabalhar no grupo de gestante.</i>
Unidade Básica UBS10	Municipal	<i>Primeiro a consulta, elas vêm e agendam. E as gestantes com os companheiros... Nesse dia tem a palestra de orientação de como é que vai ser o pré-natal e já faz o teste rápido de todos os participantes. Aí já sai com os testes de laboratório encaminhados e as solicitações. Ela já sai com o reagendamento do retorno.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Giddens (1989, p.18) destaca que todos os atores, em contexto de interação social, detêm algum nível de poder, de modo que “todas as formas de dependência oferecem alguns recursos por meio dos quais aqueles que são subordinados podem influenciar as atividades dos seus

superiores”, o que o autor denomina por dialética de controle. De modo que, todo agente exerce alguma influência sobre o comportamento do outro e poderia ter atuado de maneira diferente da que atuou em determinada situação. Essa dinâmica caracteriza uma relação de autonomia e dependência inerente às interações sociais entre os atores na vida social. Essa concepção explica a análise de Cecílio (2012, p.90), quando este observa que, no sistema de regulação do acesso à saúde no SUS, nem todos os atores agem com base nas normativas da política de saúde, eles produzem mudanças nas regras do jogo durante a ação regulatória, produzindo mudanças constantes que a caracterizam como um “processo permanentemente instituinte”.

Os dados coletados e analisados nesta tese revelam que a ação regulatória de acesso aos serviços de pré-natal e parto é organizada por regras normativas e semânticas. Envolve, ainda, a aplicação de conhecimentos, habilidades e negociações para a mobilização dos recursos necessários às usuárias. Observa-se que, enquanto o Complexo Regulador busca manter seu poder formal, outorgado pela burocracia estatal, o acesso aos serviços assistenciais no SUS tem sido implementado, no cotidiano da vida social, mediante a utilização de diferentes ações regulatórias que o Estado não consegue controlar, conforme revelado por Cecílio (2012), mobilizados contingencialmente como estratégia pelos diversos atores interessados, por meio de intensa interação social, no contexto específico da rede de atenção à saúde em Salvador.

Os fatos observados até o momento, confirmam que a ação regulatória do acesso ao pré-natal e parto em Salvador, para além da mobilização de regras e recursos, está condicionada à interação entre diversos agentes envolvidos no processo. Contudo sua capacidade de integração em rede dos pontos de atenção do território vem sofrendo constrangimentos impostos por uma série de dificuldades que tem estimulado a adoção de estratégias individuais por parte dos agentes da ação, orientando a rede assistencial pela integração social, em detrimento da integração sistêmica, configurando os padrões de estruturação desse fenômeno social. Essa conformação da rede, por meio de relações mais individualizadas e personalistas, mobilizadas contingencialmente como estratégia dos atores interessados, aliada a problemas de cobertura, de estrutura física e de pessoal, tem limitado a atuação da atenção básica enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora da rede assistencial, numa dimensão integrada da RAS.

#### **4.1.4 Da dimensão sistema – as formas de interação**

Sob a ótica da conformação em rede, as rotinas e os processos ganham significado através da interação entre os seus atores. A ênfase da articulação em rede deve superar os interesses



individuais e privilegiar o processo comunicacional, por meio do qual os atores da rede podem debater sobre as percepções dos problemas, compartilhar valores e conhecimentos e pactuar mecanismos de cooperação. Assim, considerando o modelo de análise proposto nesta pesquisa, as práticas sociais produzidas na ação regulatória, observáveis na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador apresentam assimetrias, verificadas empiricamente nas formas de interação dos agentes por meio de contradições dos tipos individual ou coletiva, hierárquica ou em rede, e baseadas em integração social ou em integração sistêmica. Os indicadores adotados para conferência do campo empírico foram os instrumentos e fluxos de comunicação utilizados entre pontos de atenção da rede, os mecanismos de articulação entre a atenção básica e serviços especializados e os mecanismos de governança presentes na rede assistencial.

A narrativa da assessora técnica da maternidade M12 expressa, de forma marcante a sua percepção sobre as vantagens da integração em rede, produzidas a partir da implantação da Rede Cegonha em Salvador. Essa percepção representa o sentimento dos profissionais entrevistados, em geral, que Fleury (2005) justifica pelo fato que na rede existe uma tendência para a interdependência funcional entre atores, sejam eles públicos ou privados, para a implementação de uma política, na qual a cooperação pode viabilizar a mobilização dos recursos escassos e produzir resultados eficazes aos problemas de políticas públicas.

*Eu sou otimista. Eu acho que a rede tem boa vontade. E às vezes não é possível daquele jeito que a gente idealizou, mas é inquestionável que a gente já caminhou, é inquestionável que a gente já estabeleceu hoje uma relação muito mais confiável. Eu acho que a relação era muito estressada na rede. E hoje eu vejo uma relação respeitosa, muito mais respeitosa, uma relação onde eu sei que você não faz por maldade, com mais frequência, você faz profissionalmente. Que você tá pensando causa-consequência. Eu vejo hoje já um avanço nesse sentido. E aí a gente se respeita mais, acho que o diálogo flui melhor (M12).*

No que pese os relatos positivos de evolução dos processos de integração, e apesar da conformação da Rede Cegonha em Salvador vir se desenhando desde 2012, ainda se observam resistências dos profissionais com o trabalho em rede, em especial quando se trata de profissionais que controlam a produção de recursos assistenciais. Possivelmente, essa resistência se atribui a uma percepção de interferência no seu poder sobre a produção dos serviços assistenciais.

Existem relatos de que esses profissionais se comunicam diretamente, através de meios de comunicação informais, como o aplicativo de mensagens *WhatsApp*, para autorizar a disponibilidade de vagas nos serviços onde atuam, sejam como assistentes ou em cargos de

chefia. Essa conduta é explicitada pela gestora da Central Estadual de Regulação, que relata como a integração social entre profissionais para viabilizar recursos da rede, na sua perspectiva, pode constanger a atuação da regulação governamental:

*Infelizmente a gente tem uma grande dificuldade de alguns profissionais se enxergar enquanto rede. E aí acaba que ele visualiza o mundo dele, a realidade dele. E o que a gente precisa e a gente vem trabalhado muito é exatamente que a unidade entenda que a gente tem que trabalhar enquanto rede. A fila que existe dentro da regulação, a lista de pacientes que estão dentro da regulação são da rede, não são da regulação, é de todas as unidades. Então a regulação ela consegue fazer uma classificação de risco e priorizar aquele que precisa ser priorizado. Cada unidade quer resolver o seu problema, e aí as vezes essas comunicações que ocorrem entre colegas, entre instituições atrapalham um pouco, porque a gente acaba deixando de fazer com que se cumpra a classificação de risco e a priorização do paciente que de fato precisa. Muitos profissionais que já estão há muito tempo trabalhando no SUS e tem uma certa resistência à mudança. Aquela coisa da zona de conforto: eu não quero mudar o que para mim está dando certo (CER).*

Esse fato é perceptível também na fala de profissionais das unidades assistenciais, em especial nas maternidades, sendo que algumas demonstram compreensão no nível da gestão, conforme afirmativa da supervisora de enfermagem da maternidade M5 – “*esse entendimento de que o leito é da rede, a gente fica fazendo essa fala o tempo todo aqui. O leito não é nosso, o leito é da rede, o leito não é nosso*”. Contudo ainda parecem encontrar resistência dos profissionais assistentes, exemplificado pelo relato da administradora da maternidade M6, segundo a qual os profissionais regulam o acesso entre si e depois formalizam no sistema de regulação – “*o que eu vivencio na regulação hoje é, os médicos fazem contato direto por telefone. Eles procuram ver quem tá de plantão, liga diretamente pro celular. Porque é mais fácil pra eles ter o contato da vaga, do que pelo próprio sistema. Mas só sai se tiver no sistema*”.

De outro lado, existem situações de percepção de isolamento por parte de profissionais na rede assistencial, notadamente entre os profissionais da atenção básica, captada nos relatos do gerente da unidade básica UBS12 – “*mas agora com o fechamento do M12, a gente tá meio que isolado, eu tô sentindo esse isolamento. Eu considero que a gente tá trabalhando de forma individual*” e da coordenadora da unidade básica UBS7 – “*é por isso que nas reuniões que eu vou, eu digo ‘gente, vocês precisam ir na ponta. Antes de tomar qualquer decisão tem que procurar a gente’*”.

Uma possível justificativa para isso, seja o fato de que os processos de articulação sistêmica ainda não estão institucionalizados por meio de práticas de pactuação coletivas, que vincule o conjunto de atores integrando os diversos níveis de complexidade assistencial. Assim,

prevalecem as relações de integração social em determinadas regiões da rede, baseadas em interações pessoais previamente constituídas entre profissionais. Corroborando com os estudos de Börzel (1997), por meio dos quais a autora observou que laços informais, baseados na comunicação e na confiança, podem se sobrepor às regras formais ou atribuições de responsabilidades.

Um elemento que chama à atenção para a manutenção de características mais hierarquizadas nas relações sociais entre os serviços assistenciais é a utilização do poder legal formal de regular por parte do médico regulador, denominado nas normativas ministeriais sobre Regulação Assistencial como autoridade sanitária. Dessa forma, esse profissional possui a capacidade, delegada pelo gestor do sistema, de alocar o paciente nos serviços da rede apenas comunicando a sua decisão aos profissionais assistentes, que não podem recusar o atendimento. Essa ação, conhecida como ‘vaga zero’ ou ‘vaga sempre’ no caso da Rede Cegonha, acontece nas situações de urgência ou emergência, conforme explica a gestora da Central de Regulação das Urgências:

*A questão é só quando as maternidades estão com superlotação. Tem essa dificuldade. Como nós trabalhamos com urgência, utilizamos também a vaga zero (...) A gente primeiro tenta respeitar pelo território, pela vinculação. E aí a gente avalia o paciente e pronto. Se precisar ir, vai mesmo e vai na vaga zero. Já fizemos algumas vagas zero em obstetrícia (CRU).*

Outros relatos revelam a manutenção das relações hierárquicas na rede, envolvendo a intermediação da gerência das unidades ou dos DS entre os profissionais da atenção básica e das maternidades, para viabilizar o acesso à regulação aos serviços de pré-natal em Salvador. Situação revelada por algumas maternidades, como informado pela reguladora da maternidade M7 quando questionada sobre sua comunicação com as unidades básicas – “*diretamente com a Atenção Básica não. A gente tem reuniões mensais, toda segunda quarta-feira do mês a gente tem reunião com os distritos que a gente atende. Aí a reunião é feita aqui*”. Ou nas informações da enfermeira da unidade básica UBS11, que relata a intermediação da gerente da unidade na comunicação com a rede – “*existe, mas por parte da gerência. Se a gente precisar falar com uma colega, tirar uma dúvida, a gerente faz essa ponte pra gente. Qualquer coisa que a gente precise e precise contato com outra unidade, ela entra em contato*”. Ou na descrição da enfermeira da unidade básica USF1 que afirma “*eu não dialogo diretamente com M2, não dialogo diretamente com M4. Eu dialogo com o distrito sanitário. O distrito é quem faz essa ponte*”.

Contudo, em algumas regiões do município a comunicação é feita diretamente, estabelecidas por pactuação entre os profissionais das diversas unidades envolvidas na assistência à gestante naquele DS. Nesses casos, foram citadas reuniões do Grupo de Trabalho da Rede Cegonha distrital como um mecanismo de articulação entre os pontos de atenção no território, ainda que a participação dos profissionais da atenção básica tenha mostrado um padrão inconstante. Exemplos podem ser observados nas narrativas da gestora de regulação da maternidade M2 – *“Temos reuniões. Aí tem o e-mail. A comunicação não é difícil com as UBS, com as vinculadas com a gente. Pelo contrário, é bem tranquilo. Usamos telefone, e-mail, WhatsApp”*. Confirmado por meio do relato da enfermeira do pré-natal da unidade básica USF6 – *“a gente tem um grupo que é o grupo da rede cegonha. A gente identificou uma gestante de alto risco, a gente manda pra elas, elas fazem a marcação da gestante. Envolve o distrito, a nossa coordenação da rede cegonha e as outras unidades que a gente tem”*.

Börzel (1997), defende o uso da comunicação como base para as negociações na rede de políticas, afirma que os resultados construídos coletivamente, por meio de uma autocoordenação horizontal entre atores mutuamente dependentes, podem reduzir custos de transação e falhas de mercado. Contudo, para a autora, o ambiente da rede é complexo, dinâmico e diversificado, de modo que a coordenação hierárquica nesse sistema social é tomada como uma disfunção.

A coleta de dados empíricos nesta pesquisa mostrou que existe uma quantidade muito diversificada de instrumentos de comunicação entre pontos de atenção da rede, além de não apresentarem um padrão de comunicação entre os distritos sanitários da capital. Existem sistemas informatizados específicos para determinada função – disponibilizados pelo MS como o SISREG<sup>8</sup>, ou construídos pelo ente federado como o SUREM<sup>9</sup>.

Os meios de comunicação informais, como as redes sociais *WhatsApp* e *Telegram*, são muito citados nas entrevistas em geral, como instrumentos utilizados paralelamente para agilizar o fluxo de comunicação entre profissionais da rede e acelerar o processo regulatório

---

<sup>8</sup> O Sistema de Regulação (SISREG) é um sistema on-line desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do MS, para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar. Atualmente o sistema atua em 1600 municípios em todo o Brasil, com 204 Centrais de Regulação Ambulatorial e 19 Centrais de Regulação de Leitos. Fonte: <http://datasus.saude.gov.br/projetos/57-sisreg>.

<sup>9</sup> O Sistema de Regulação de Emergência (SUREM) foi desenvolvido pela SESAB para regular o acesso aos leitos de internação no Estado da Bahia. Tem como funcionalidades a classificação de risco baseada em protocolos e a conformação de filas de espera por especialidades, estando disponível para os municípios baianos que possuem unidades solicitantes. Fonte: Módulo de Regulação, SUREGS, SESAB, 2011.

provido pela integração social entre agentes. Um exemplo desse circuito paralelo foi descrito pela gestora de regulação da maternidade M2, destacando o uso das redes sociais nessa comunicação – “*a gente tem facilidade, até porque a nossa equipe trabalha muito nas outras unidades. Então, muitas vezes quando os relatórios chegam na central, eles já estão cientes de tudo. Os grupos de WhatsApp hoje lideram aí, que essas coisas fluem em segundos*”. O relato da gerente da unidade mista UM9 também afirma sobre o uso constante da comunicação informal, mas destaca uma complicação relativa à comprovação destas ações quando necessário, como no caso de uma auditoria – “*eu tô passando por uma auditoria aqui justamente sobre o pré-natal. E eu acho interessante que a gente faz muitas coisas, assim, via telefone, via e-mail. Aí a gente tá com dificuldade agora de comprovar aquilo que a gente faz*”.

Os relatos dos entrevistados, nos diversos níveis assistenciais da rede de saúde, mostram que existem muitos meios de comunicação diferentes sendo usados pelos pontos de atenção, conforme detalhado no Quadro 12. Nesse quadro é possível observar que o *WhatsApp* é o único meio de comunicação comum a todos os pontos de atenção, fato que aponta para sua importância na interação social produzida entre os agentes da ação regulatória em Salvador. Registre-se que algumas unidades possuem informatização de setores ou serviços internos, tais como na marcação de procedimentos ou nos setores logísticos. Contudo nenhum ponto de atenção visitado na pesquisa relatou possuir prontuário eletrônico implantado em toda a unidade, nem tampouco integrado com as demais unidades assistenciais da rede, estratégia que apoiaria uma integração mais sistêmica da rede assistencial.

**Quadro 12** – Instrumentos de comunicação utilizados na rede assistencial de pré-natal e parto, Salvador – Ba.

CER	CRU	CMR	Maternidades	Unidades Básicas
Telefone <i>WhatsApp</i> e-Mail Fax SUREM Módulo Autorizador SISREG Lista Única	Disque 192 Telegram <i>WhatsApp</i>	Telefone e-Mail Sistema Vida + <sup>10</sup> SPARC <sup>11</sup>	SUREM Lista Única SISREG Telefone e-Mail <i>WhatsApp</i>	Telefone e-Mail <i>WhatsApp</i> Sistema Vida +

Fonte: Elaborado pela autora.

Muitos relatos deram conta da existência de um grupo de *WhatsApp* envolvendo os

<sup>10</sup> Sistema informatizado desenvolvido pela SMS para a regulação ambulatorial.

<sup>11</sup> Aplicativo utilizado entre os marcadores das unidades descentralizadas de agendamento para comunicação online com a Central Municipal de Regulação.

profissionais da rede assistencial, que parece ser bastante atuante no processo regulatório, descrito na narrativa da diretora médica da maternidade 9.1 – *“existe um grupo de maternidades, via WhatsApp, que todas as unidades estão conectadas a esse grupo. E a gente tem mais ou menos informações de como tá o funcionamento daquela unidade naquele dia”*.

Em relação à atenção básica, parece não haver uma uniformidade dos fluxos de comunicação, de modo que as maternidades interagem com as unidades básicas de formas diferentes em cada DS, conforme relato da coordenadora técnica da maternidade M9.2 sobre a forma de comunicação com as UBS da sua abrangência – *“e-mail, grupo do WhatsApp. A unidade X manda WhatsApp. A unidade Y mandam e-mail. Deveria ser padronizado, todo mundo manda e-mail porque aí fica mais fidedigna a informação”*. As narrativas de 2 unidades básicas, em distritos sanitários diferentes, revelam as diferentes formas de comunicação entre pontos de atenção do território, sendo que a gerente da UBS8 descreve uma relação mais hierarquizada – *“a gente entra em contato com o próprio distrito. Se tiver alguma dificuldade é a rede cegonha que chama. Mas de unidade pra hospital não. A gente pode encaminhar com a ficha de referência”*. Já gerente da USF9 relata uma comunicação mais fluída – *“a gente tem grupos de WhatsApp. Os e-mails das profissionais de referência dessas unidades vinculadas. Quando a gente tem uma necessidade pontual, a gente se comunica através do grupo e também através do telefone”*.

Foram observados relatos sobre dificuldades de estrutura física para comunicação institucional, principalmente entre os profissionais da atenção básica. Essa situação pode remeter à usuária a busca pelo contato com outros serviços para viabilizar seu acesso, como descreveu o enfermeiro da unidade básica USF5 – *“é muito difícil a gente conseguir ligar pra outras unidades. O telefone é péssimo, já foi roubado, a gente não tem acesso a ele. Geralmente a gente só recebe e ligação só pra fixo. Só através de ficha de referência mesmo”*. Ou pode estimular o uso de recursos pessoais por parte dos profissionais mais proativos, com o objetivo de atender as necessidades da usuária, favorecendo o acesso aos meios informais de comunicação e aos contatos individuais, como relato registrado pela gerente da unidade básica USF4 – *“na unidade a gente tem um telefone fixo que não faz ligações para celular nenhum. Então toda vez que o enfermeiro ou o médico tem a necessidade, se o telefone dele não pode falar com o número de celular, eu disponibilizo o meu”*.

Todas as unidades básicas visitadas afirmaram possuir o módulo do sistema informatizado para agendamento de consulta e exames especializados na rede assistencial

contratualizadas com a SMS de Salvador e regulada através da CRM. Cujo processo é descrito pela gestora da Central de Regulação Municipal – *“a gente tem 148 que fazem esses agendamentos através do Sistema Vida. A gente está colocando realmente a maior parte das vagas para rede. Não só de ultrassom obstétrica, mas os procedimentos como um todo”*.

Contudo, quando consultados sobre meios regulares de comunicação com a Central Municipal de Regulação, a expressiva maioria das unidades básicas de saúde em Salvador respondeu negativamente, ainda que algumas unidades relataram a possibilidade de contato caso necessário. A exemplo do relato da gerente da unidade básica UBS6 – *“quem tem é a menina que fica na regulação. Eu nunca precisei, mas ela tem. (...) Telefone, e-mails. Mas a regulação assim, de outros lugares, por causa de vaga, essas coisas, é a menina que tem”*. A existência de mecanismos formais de articulação direta entre a atenção básica e serviços ambulatoriais especializados se mostrou limitado.

Em relação à existência de meios formais e regulares de comunicação entre atenção básica e serviços de pronto-atendimento para encaminhamento das intercorrências durante o pré-natal, os relatos revelam que não existe essa articulação. As urgências que possam acontecer nas unidades básicas são encaminhadas por meio do SAMU 192, como descreve a gestora da Central de Regulação das Urgências – *“o contato é assim, todas as vezes que a gente tem uma intercorrência nas unidades básicas, eles acionam o SAMU, pelo 192, o médico da atenção básica que entra em contato, a gente dispara a unidade e faz a regulação”*. Ou mesmo pelo direcionamento da própria paciente para buscar o serviço com relatório de referência, exemplificado pela enfermeira da unidade básica USF1 – *“o paciente, se precisar mandar pra UPA, ele vai sair daqui com o encaminhamento na mão, com o papel na mão e vai. A não ser o caso de uma emergência, que aí a gente chama o SAMU”*.

Já as intercorrências que chegam às unidades de pronto atendimento são encaminhadas para as maternidades, sem informação de segmento para a atenção básica, conforme descrito pela gerente da Unidade de pronto Atendimento PA8 – *“o médico clínico faz a avaliação prévia dela, mas uma avaliação superficial, por não ser especialista, e entra em contato com a maternidade de referência se ela já fizer parte da Rede Cegonha, da rede referenciada”*. Nesses casos, o profissional assistente do pré-natal poderá ter acesso à ocorrência se relatado pela própria gestante, considerando sua limitada capacidade de prestar as informações técnicas, de forma adequada à continuidade do pré-natal, conforme relata a enfermeira da unidade básica UBS5 – *“a gente encaminha. Se eles atenderem é a gestante que traz pra gente (...) quando*

*elas retornam pra consulta é que elas dão... 'Foi no (PA) porque tava sentindo isso e aquilo'. Mas que eles têm contato de dizer 'ó, uma paciente sua tá aqui', não''.*

Um dos mecanismos da ação regulatória para conformação em redes integradas de atenção à saúde são os instrumentos de referência e contrarreferência, uma vez que estes promovem a comunicação entre os profissionais da rede assistencial e a intermediação do acesso dos usuários aos serviços entre os pontos de atenção distribuídos no território, organizando o seu encaminhamento e compartilhando as informações sobre o cuidado prestado em cada nível assistencial (MENDONÇA et al., 2006). Em Salvador, na assistência ao pré-natal e parto, o relatório de referência e contrarreferência não tem se mostrado adequado aos propósitos mencionados pela autora, conforme observa-se nos relatos dos entrevistados da pesquisa, em todos os níveis de assistência, inclusive na percepção das usuárias dos serviços, descritos no Quadro 13.

**Quadro 13** – Narrativas: Mecanismo de referência e contrarreferência.

Ator	Nível de Gestão	Narrativa
Maternidade M5	Estadual	<i>É meio enfraquecido isso na verdade. Ela vem com a ficha de referência pra não ficar só na questão do relatório médico e do encaminhamento de exame. Mas fazer a contra referência no formulário específico, do mesmo jeito que veio da referência. E fortalecer, porque muitas vezes ela vem também pra referência de bilhete e não de ficha de referência.</i>
Maternidade M12	Estadual	<i>Agora mesmo o médico do pré-natal tava dizendo "ó, teve um aí que não veio nada". É, um trabalho. Não começamos assim, agora a gente até tá se queixando quando não vem.</i>
Unidade de Pronto Atendimento PA11	Municipal	<i>Quando ela vem pra unidade raramente a gente contrarreferencia de volta. É realizado o atendimento aqui, então não tem necessidade. A unidade não realiza a contra referência.</i>
Unidade Básica UBS4	Municipal	<i>A gente usa bastante aqui, que é uma forma de comunicação, as fichas de referência. Normalmente não voltam. Já teve casos de o paciente ir pra lá com hipertensão e voltar e a médica manejar por aqui.</i>
Unidade Básica USF10	Municipal	<i>Eu nunca recebi uma contrarreferência desde que eu estou aqui, nesses 3 anos. Eu recebo retorno pela própria gestante. Ela volta e diz "ó, o médico me atendeu, fez o toque, tomei tal medicação, e pediu para voltar, que não é o caso continuar, ele orientou repouso".</i>
Usuária G11.1	-	<i>O único atendimento de urgência... E tipo, eles me deram um papel de... Acho que eu tenho esse papel aqui. Mas quando chega lá, é a mesma coisa que nada, manda voltar.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

O mesmo acontece em relação às Cadernetas da Gestante<sup>12</sup>, distribuídas nas unidades

<sup>12</sup> Cartão elaborado pelo MS onde constam informações sobre os direitos da gestante, orientações sobre a gestação e o parto, além de espaço para os profissionais de saúde registrarem as consultas e exames realizados, a



básicas, que representam outro mecanismo de compartilhamento das informações sobre a assistência prestada, com foco na integralidade do cuidado à gestante. Contudo, esses instrumentos parecem não agregar valor de uso por parte dos profissionais, em especial nas unidades hospitalares, que não alimentam seu registro, assim como não utilizam as informações registradas, segundo relatos dos profissionais, relatado pela enfermeira da unidade básica UBS5 – *“enfermeira é que caneta tudo e às vezes ainda falha. Mas eu percebo que médico não gosta de preencher nada em caderneta. E fica difícil, né? Porque são dados importantes. A gente precisa depois, em algum momento. E aí não tem nada anotado”*. E percebido também pelas usuárias do serviço, como exemplificado pela gestante G12.1 quando perguntada sobre o uso da caderneta na maternidade – *“só lá (na UBS) que eles pegavam mesmo, só o resultado dos exames mesmo e ultrassom. Aqui eles não ligam muito não”*. Os relatos revelam uma valorização maior dos profissionais da atenção básica em relação à Caderneta da Gestante, assim como do relatório de referência e contrarreferência, conforme explicita a gerente da unidade básica USF4 – *“eles utilizam sim. Até porque aquele cartão é maravilhoso, né? Tem umas informações ali maravilhosas. Então toda consulta que tem vai preenchendo. É bem legal. O normal é usar. Só não usa quando não tem”*.

Os dados apresentados, na medida em que contrapõe as informações sobre as regras e recursos mobilizados na rede com as informações sobre os fluxos de comunicação entre os atores sociais envolvidos, mostram que, no que pese a rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador apresentar documentos norteadores, critérios e fluxos de encaminhamento formalmente definidos por base territorial, a prática no cotidiano dos serviços demonstra que os pontos de atenção nos diversos níveis assistenciais funcionam de maneira fragmentada, cuja ação regulatória atua por meio de processos comunicacionais desarticulados que não viabilizam a integração em rede. Essa fragmentação favorece a adoção de estratégias individuais por parte dos profissionais que recorrem a contatos pessoais para viabilizar o atendimento das usuárias, promovendo o que Giddens (1979, 1989) chama de integração social. Ao tempo em que outros, simplesmente designam essa atribuição à usuária, que busca seus próprios meios para garantir os recursos de que necessita, direcionando assim para a existência da Rede construída em ato, configuração da rede sintetizada neste trabalho.

A interação entre a atenção básica e os serviços especializados, nas diversas Redes de

---

unidade de referência para o parto, entre outras informações relevantes para a assistência à gestante. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/caderneta-da-gestante>

Atenção à Saúde no SUS, com base na literatura científica (LUMER, 2011; FARIAS e BARBIERI, 2016; SANTOS e GIOVANELLA, 2016; ALELUIA et al., 2017), tem revelado situações de fragmentação da rede assistencial e isolamento da atenção básica, além de uma operacionalização por meio de fluxos burocráticos de preenchimento de relatórios de encaminhamento, sob frágil mediação das centrais de regulação. Evidências desse tipo, percebidas também na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, expõem contradições na atuação da Regulação Assistencial enquanto mecanismo de integração da rede, e indicam situações que constroem a atuação da atenção básica como ordenadora do acesso à saúde.

Por outro lado, mecanismos mais regulares de interação têm sido desenvolvidos por meio de espaços de gestão compartilhada da rede, conforme descrito por muitos entrevistados nos diferentes níveis assistenciais visitados na pesquisa. Considerando a afirmativa de Merhy (1997), defendida anteriormente nesta pesquisa, que considera a saúde como um processo social e, portanto, território demarcado por disputas de interesses e exercício de poder, produzido a partir da ação de uma multiplicidade de sujeitos individuais e coletivos, que mobilizam sua capacidade de agir com base nas suas intencionalidades e valores, espaços que possibilitem a construção de acordos coletivos se mostraram potencialmente estratégicos, nos relatos coletados, para pactuação de processos microrregulatórios, contribuindo com a integração sistêmica da rede, em especial, nos territórios dos Distritos Sanitários.

Exemplos do funcionamento desses espaços de governança são observados no relato da gestora de regulação da maternidade M2 – *“nós fazemos um GT mensal com as unidades básicas de saúde da área de vinculação. É um grupo de trabalho que foi formado pra discutir as fragilidades, as inconformidades encontradas, e atualizar também”*. E confirmado na narrativa da gerente da unidade básica UBS6 – *“a maternidade, ela faz reuniões com as unidades. Existe o programa da rede cegonha que é vinculado com distrito e unidade e a gente tá sempre fazendo reuniões em relação a isso”*.

Cada vez mais, autores tem defendido a adoção de espaços de governança no escopo das organizações de saúde (OLIVEIRA e ELIAS, 2011; BARBOSA et al., 2016, REIS et al., 2017), cujo desafio seria a constituição de microprocessos regulatórios através de espaços coletivos de interação entre atores sociais, de modo a mediar sua capacidade de se autogovernarem no caminhar da rotina dos serviços com as normas e regras instituídas para o controle organizacional, produzindo estratégias coletivas de ação mais adequadas ao contexto local, com maior capacidade de integração sistêmica. Entendendo por governança a adoção de decisões

estratégicas por um coletivo de atores, em relação a um determinado contexto organizacional, caracterizando-se como um processo em permanente construção, uma vez que evolui ao longo do tempo (RODRÍGUEZ, 2010).

Os dados coletados nas entrevistas e documentos desta pesquisa indicam a existência de vários grupos de trabalho e espaços colegiados que praticam a governança da rede temática estudada. Dentre estes, o mais citado pelo conjunto dos profissionais foi o Fórum da Rede Cegonha da RMS, contudo foram coletados registros de grupos em alguns distritos e de colegiados internos em algumas maternidades, conforme exemplos descritos no Quadro 14.

**Quadro 14** – Narrativas: Espaços de governança da rede assistencial.

Ator	Nível de Gestão	Narrativa
Supervisora da maternidade M5	Estadual	<i>Assim, a gente tem os espaços coletivos, que é o Fórum da Rede Cegonha, que é o espaço que a gente tem de diálogo coletivo, reuniões GTs. Agora mesmo a gente tem o GT que tá discutindo sobre o uso do DIU pós-parto.</i>
Assessora técnica da maternidade M12	Estadual	<i>Existem várias instâncias. Existe o observatório de maternidades gerenciado pelos promotores, pelo Ministério Público, aonde se encontram essas diversas instâncias, inclusive de esferas de poder diferentes. O próprio fórum que é muita troca. Existem as reuniões de alinhamento, como eu falei pra você, de pré-natal de alinhamento técnico. Então são muitos momentos.</i>
Gerente da Unidade de Pronto Atendimento PA8	Municipal	<i>Existe uma reunião da Rede Cegonha, que todas as unidades do distrito são chamadas a participar, e aí a gente conversa assim, com a rede básica e com a rede estadual também, porque é chamada as maternidades de referência territorial.</i>
Gerente da unidade mista UM9	Municipal	<i>A gente tem um grupo, a rede cegonha. Tem representante aqui no nosso distrito e representante da secretaria municipal de saúde, da M9.2. A cada 2 meses, mais ou menos, a gente tem uma agenda. (...) A gente quer deixar o pré-natal com uma linguagem só, a gente discute muito a rede. Como é que a nossa rede pode melhorar, como é que a nossa rede pode se apoiar.</i>
Gerente da unidade básica UBS6	Municipal	<i>Eles falam sobre essa questão da vinculação, eles falam sobre a questão da referência, do que tem que ser encaminhado pra lá. Eles falam sobre a questão de preenchimento da caderneta da gestante, pra ter atenção relacionado a isso. Essas coisas pontuais.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

A co-gestão no processo regulatório está definida normativamente no Pacto de Gestão do SUS e na portaria que institui as RAS (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010), estabelecida como processos de relação intergestores que permite a articulação e integração dos dispositivos de Regulação Assistencial, integrando a estrutura operacional das RAS no âmbito do SUS. Contudo, a conformação de redes assistenciais integradas requer mais que processos normativos e de controle, é preciso atuar no espaço micropolítico, onde acontece a produção do

cuidado em saúde - território constituído por relações de poder, envolvendo a interação dos profissionais de saúde com os usuários e com outros profissionais da rede, buscando a pactuação de arranjos institucionais que promovam uma articulação mais sistêmica da rede assistencial (CECÍLIO, 2012; REIS et al., 2017).

Os relatos coletados na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador revelam, além de uma variedade de espaços de gestão compartilhada, a diversidade de temas discutidos, com a definição de pactuações firmadas que configuram microprocessos regulatórios para organização do acesso aos serviços assistenciais. Como exemplos, registra-se a definição das unidades hospitalares de retaguarda para as casas de parto humanizado que integram a rede, sem necessidade de intervenção da CER, descrito pela diretora médica da maternidade M10 – *“a gente se comunica basicamente com a nossa maternidade de referência. Nós não estamos ligados na central de regulação do Estado. Qualquer intercorrência no trabalho de parto ou no parto, nós entramos em contato via telefone e a ambulância leva a gestante pra lá”*. Assim como outras pactuações específicas para acesso direto entre as unidades, exemplificada pela assessora técnica da maternidade M12 – *“a gente acabou de firmar, no mês passado, com M2, para os dias que não temos ultrassom aqui, para as urgências e internações”*.

Estes achados corroboram com as afirmações de Fleury (2005) sobre o fato das redes se conformarem com base na interação de ações de cooperação em torno de problemas comuns e soluções compartilhadas, o que não significa que sempre sejam definidos consensos, mas reconhecendo a existência de singularidades e contradições específicas do contexto, reconhece também a dinamicidade do processo que segue em construção ao longo do tempo. Essa especificidade foi observada nos relatos, que indicam a existência das contradições, as necessidades de ajustes e alterações nas regras normatizadas em momentos anteriores, em conformidade com as mudanças que vão ocorrendo no perfil assistencial das unidades de saúde ou nas delimitações da rede em Salvador.

A implantação da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador teve início em 2012, ano em que foi instituído o Fórum da Rede Cegonha da Região Metropolitana do Salvador, sob coordenação do Estado da Bahia, com participação de gestores e trabalhadores da Atenção Básica e Hospitais/Maternidades, Movimentos Sociais, Ministério Público, Universidades e Conselhos de Classe. A partir deste período, o processo de implementação da Rede Cegonha em Salvador passou a ser discutido também nos Grupos de Trabalho (GT) dos Distritos Sanitários, mencionados em relatos acima, que representam espaços colegiados de gestão com

o objetivo de planejar, monitorar e avaliar as ações do pré-natal, parto e puerpério em cada território (SALVADOR, 2018).

Em relação ao Fórum da Rede Cegonha da Região Metropolitana de Salvador, observa-se que este representa o espaço de gestão mais consolidado no âmbito dessa rede temática, envolvendo uma grande diversidade de representações. Esta pesquisa coletou dados nos documentos referentes às pautas e registros executivos dos encontros realizados entre abril de 2017 a dezembro de 2018, totalizando 16 reuniões no período. Em 9 destes encontros foram discutidos temas relativos à Regulação Assistencial, tais como a construção do mapa de vinculação envolvendo cada UBS, ambulatório, maternidade de risco habitual e de alto risco, definições sobre pré-natal de alto risco e classificação risco obstétrico, o acesso ao pré-natal de alto risco tipo II, transporte neonatal, entre outros assuntos.

Foram coletadas as listas de presença referentes a 12 reuniões, correspondendo ao período entre agosto de 2017 e outubro de 2018, com o objetivo de verificar a composição da plenária. Observou-se uma média de 75 pessoas nesse período, sendo que as 2 reuniões que registraram um número mais discrepante de presentes, com 158 e 131 pessoas, trataram sobre o tema do pré-natal de alto risco. As reuniões contaram com participação intensa da SMS de Salvador, envolvendo o nível central, os 12 DS e algumas unidades básicas, com destaque para participação do DS8.

A SESAB também registrou presença em todas as reuniões analisadas no período, com destaque para a Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC), que possui a prerrogativa de coordenar o espaço. Contudo, não foi possível observar a presença das centrais reguladoras no período analisado, nem a estadual e nem as municipais, no que pese o tema da regulação assistencial ser ponto de pauta constante no espaço, com produção de estratégias para regulação do acesso aos serviços da rede assistencial. Ao que parece, a limitação de pessoal tem sido uma dificuldade para a participação das centrais de regulação, conforme justificado pela gestora da CRU – *“na verdade é porquê a gente não tem gente suficiente pra participar. Aí geralmente quem vai é a área técnica da DAS, que tem saúde da mulher e da criança”*.

As maternidades da rede se fizeram presente na maioria das reuniões analisadas, com algumas variações em relação ao número de participações e ao número de profissionais representantes. Também foi registrada uma participação frequente das Secretarias Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Salvador e das maternidades desses municípios. O

Ministério Público, que oferece a sede para o encontro, participou de 7 das 12 reuniões. Outras organizações com interesse no tema registraram presenças eventuais, tais como estudantes de faculdades e universidades de Salvador, representantes da Sociedade Brasileira de Pediatria, do Conselho de Fisioterapia, da Secretaria Municipal de Educação de Salvador, entre outros, a depender do tema dos encontros. A narrativa da supervisora de enfermagem da maternidade M5 descreve um pouco sobre a evolução das atividades do Fórum da Rede Cegonha ao longo da implementação da rede no território:

*O fórum acaba sendo temático também. Ele já teve até um cunho, assim, de definir algumas questões que iam sendo apresentadas, mas agora tá bem temático. A gente acaba direcionando a discussão pra o que é pactuado. (...) Eu não sei se é porquê a gente não tinha fóruns regionais, vinha todo mundo pra cá. Aí como agora a gente tem fóruns regionais, então eu acho que a gente tem coisas mais ligadas ao próprio município, região metropolitana. E como algumas questões que eram bem graves tão bem amarradas já, direcionadas. Acho que deu uma baixada. Era porque surgiam muitas questões na discussão, aí acabava que você tava ali na reunião e tinha mais 10 outras pautas que virava agendamento pras próximas (M5).*

Registre-se que alguns profissionais parecem fazer certa confusão entre os diversos espaços existentes, possivelmente pela sua quantidade e pela pouca interação de alguns entrevistados com os espaços de governança citados. Os relatos demonstram a existência de múltiplos espaços de governança, que podem produzir uma certa confusão entre os objetivos de cada espaço e distorções na representação uma vez que nem sempre é possível garantir a presença do mesmo ator. A enfermeira da unidade básica USF1 relata sobre a dificuldade de conciliar a multiplicidade de agendas e atividades da unidade:

*Dentro da unidade o que a gente fez pra melhor organizar, porque não dá pra sair todos os enfermeiros de vez pra uma reunião. Então cada enfermeiro aqui é responsável por um programa. Tem um colega que é responsável pela parte de saúde da mulher. Então tem reuniões que acontecem mensais, e aí ele sempre vai pra essas reuniões. E aí dessas reuniões ele traz pros outros colegas e socializa. A gente faz rodízio anualmente de referências. Então todos os enfermeiros já rodaram em todas as referências (USF1).*

As maternidades, além dos GT distritais e do Fórum da Rede Cegonha, integram outros grupos de monitoramento de ações específicas provocados pela SESAB ou MS e algumas possuem grupos internos de gestão compartilhada. O relato da supervisora de enfermagem da maternidade M5 descreve detalhadamente a quantidade de agendas existentes relacionadas à temática da assistência pré-natal e parto:

*A gente tem os espaços coletivos, que é o fórum da rede cegonha, que é o espaço que a gente tem de diálogo coletivo, reuniões GTs. (...) Tem GT de*

*atendimento à mulher em situação de rua. É a partir de demandas que surgem nas plenárias. Ou que é demandado pela própria SESAB pra discutir alguma coisa (...). Então assim, são espaços que podem ser temporários. O fórum, ele é permanente. Deixa eu ver o que tem mais de agenda. Tem o de observatório da maternidade, que é com o Ministério Público, que é mensal também. Aí daqui a gente tem com o DS5, eu já solicitei que a gente tivesse também com o DS8, uma vez que a gente atende muito. Mesmo não estando pactuada, a gente atende. (...) Aí fora isso a gente tem um grupo de trabalho com a própria maternidade que é multiprofissional, que também se reúne a cada mês. É, colegiado gestor. Então ali você reúne diversos setores do hospital, mas com o tema da assistência ao pré-natal e parto. (...) Agora a gente tem outros GTs locais. Então a gente tem o GT do centro obstétrico, tem também o GT do alojamento conjunto, do ambulatório de pré-natal, e o da neo. (...) A gente sempre vai revezando, vai terapeuta ocupacional, é multiprofissional mesmo, enfermeira, médico (M5).*

A conformação da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador tem evoluído, desde a sua implantação em 2012, conciliando a permanência de relações hierarquizadas entre os atores, nas organizações que representam, mas também se observam articulações em rede que vem se desenvolvendo nos espaços colegiados de gestão nos DS e no Fórum da Rede Cegonha. Ainda perduram as resistências individuais e existem situações de dificuldade que fragmentam a comunicação entre o grande número de agentes envolvidos na ação regulatória e a atuação em rede por meio da integração sistêmica.

Estes achados aproximam-se da discussão trazida por Fleury (2005), sobre os processos de governança em rede, os quais demandam o reconhecimento da multiplicidade dos atores locais que dependem da interação com outros atores, de modo que seja possível a produção de relações sociais de cooperação para enfrentar as contradições do sistema, reduzir as incertezas e aumentar a eficiência das ações. Para existir cooperação é necessário a existência de mecanismos de comunicação eficientes e espaços permanentes de pactuação onde as percepções, valores e interesses dos atores possam ser confrontados e negociados (FLEURY e OUVÉNEY, 2007).

As interações, sejam formais ou informais, entre os atores individuais ou coletivos buscam alcançar seus interesses, projetos ou ações, que podem ser comuns ou conflitivas, por meio da rede, envolvendo processos contínuos de autonomia e dependência entre seus elos (GOMIDE e GROSSETTI, 2010). Essa relação entre autonomia e dependência é especialmente significativa no contexto do SUS, cujos arranjos interorganizacionais devem contemplar uma relação de autonomia e dependência entre serviços de diferentes níveis de gestão e natureza jurídica, distribuídos no território do município (FLEURY e OUVÉNEY, 2012). Característica observada em Salvador, conforme descrição dos atores desta pesquisa, uma vez

que rede assistencial, incluindo o complexo regulador, envolve a participação de dos três entes federados e a presença de organizações privadas.

Relacionando esses conceitos com a teoria de Giddens (1979, 1989), compreende-se que interações entre os atores sociais no nível de organização sistêmica levam à definição de estratégias coletivas, em contextos específicos, e pactuando regras de conduta e mobilização de recursos que, quando apropriadas pelos agentes, poderão ser reproduzidas ao longo do tempo, produzindo o que a TE classifica como integração sistêmica. Nesse sentido, a institucionalização de padrões estruturais é alcançada na medida em que tais práticas sociais, regularizadas nessa lógica, sejam produzidas e reproduzidas ao longo do tempo, sedimentando-se na estrutura do sistema social.

Diante do exposto, infere-se que a conformação da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador tem evoluído desde a sua implantação em 2012, conciliando a permanência de relações hierarquizadas entre os atores, nas organizações que representam, mas também se observam articulações em rede que vem se desenvolvendo nos espaços colegiados de gestão nos DS e no Fórum da Rede Cegonha. Ainda perduram as resistências individuais e existem situações de dificuldade que fragmentam a comunicação entre o grande número de agentes envolvidos na ação regulatória e a atuação em rede por meio da integração sistêmica.

Tais fragilidades de comunicação, vem constringendo a construção coletiva de microprocessos regulatórios, ativos e permanentes, que articulem em rede com o conjunto de pontos, qualificando o acesso de acordo com o contexto do território. As dificuldades na participação dos espaços de governança fazem com que as informações sobre os pactos e processos negociados não circulem de forma uniforme. Desse modo, os agentes, frente às limitações de recursos assistenciais e à sua interpretação das regras, vêm mantendo as condutas estratégicas via integração social para solucionar os problemas específicos do contexto e encaminhar seus pacientes na rede assistencial em Salvador.

Essa interação tem produzidos lógicas regulatórias diversas, convivendo paralelamente no contexto do sistema de saúde, conforme verificado por Cecílio em seus estudos empíricos (2012). Desse modo, a conformação da rede assistencial em Salvador, para acesso aos serviços de pré-natal e parto no SUS, vem sendo implementada cotidianamente por meio das ações e estratégias dos atores interessados, produzindo caminhos possíveis para enfrentamento dos problemas cotidianos e relações personalistas entre os profissionais que dão acesso diferenciado



aos recursos assistenciais disponíveis, facilitados ou constrangidos de acordo com as escolhas mobilizadas.

#### 4.2 A DUALIDADE ENTRE AÇÃO E ESTRUTURA NA REGULAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE

Os dados empíricos desta pesquisa até aqui confirmam parte dos seus pressupostos, ao constatar que a ação regulatória, ainda que seja uma função governamental e bastante normatizada, não é completamente controlável pelos gestores da rede de serviços. Em contrapartida, é possível confirmar que o processo regulatório do acesso aos serviços de pré-natal e parto em Salvador vem sendo desenvolvido por meio da interação constante entre os agentes envolvidos na ação, que moldam regras e recursos no contexto desse sistema social, ao mesmo tempo que são orientados por esses elementos estruturais, configurando o que Giddens denomina por “dualidade da estrutura” (1979, 1989).

O *modus operandi* de mobilização das regras e recursos no âmbito da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, discutido no tópico anterior, afasta-se do desenho de rede formalmente proposto pelas normativas do SUS e se abre em duas configurações da rede assistencial, construídas por esta pesquisa: (i) a Rede formal pactuada – produzida pelas informações dos gestores e profissionais entrevistados, e (ii) a Rede construída em ato – desenhada pelo caminho trilhado pelas usuárias do serviço na busca do seu acesso aos serviços necessários.

A partir destas duas configurações da rede, construída a partir dos resultados do estudo empírico, torna-se possível investigar os padrões de estruturação que orientam as interações sociais produzidas na ação regulatória para o acesso aos serviços de saúde, assim como as possibilidades e constrangimentos impostos à integração da rede assistencial e à atuação da atenção básica enquanto sua ordenadora.

Como em todo sistema social, de acordo com as formulações teóricas adotadas nesse estudo, a interação entre agência e estrutura na ação regulatória se expressa na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador - Ba por meio de uma mescla dos padrões de estruturação (significação, dominação, legitimação), ressaltando um ou outro tipo, de acordo com as perspectivas de análise observáveis na descrição dos profissionais ou das usuárias dos serviços.

Para identificar as condições que regem a continuidade ou transformação da estrutura e,

portanto, a reprodução das práticas sociais no processo regulatório, este estudo pauta-se na percepção dos entrevistados sobre o acesso da população local aos serviços de saúde da rede, bem como sobre a atuação da regulação na garantia desse acesso e sobre as estratégias sistêmicas para driblar as dificuldades em rede. Esta análise toma como parâmetro os atributos de cada configuração da rede definida por esta pesquisa.

A visualização gráfica da tipologia destas duas configurações de rede foram desenhadas a partir das informações sobre o fluxo de comunicação produzido pelos atores em questão, para viabilizar o acesso a alguns serviços assistenciais de saúde relativos aos cuidados necessários à gestante: (i) exames laboratoriais, (ii) ultrassonografia obstétrica, (iii) consulta do pré-natal de alto risco, (iv) parto, conforme descrito na metodologia. Figueiredo (2011) descreve a rede como uma forma abstrata, que pode ser representada na forma de um grafo, expressando a codificação do relacionamento entre pares de objetos/atores, onde esses representam os vértices ou nós da rede, e a relação entre eles configuram-se em arestas. Dessa forma, diferentes tipos de relacionamentos, ainda que referentes ao mesmo conjunto de objetos, podem ser representados por diferentes formações em rede. Opta-se por esta representação gráfica da rede na intenção de que este recurso tecnológico possibilite uma melhor compreensão do fenômeno da rede assistencial em suas diferentes configurações.

#### **4.2.1 A Rede formal pactuada**

A primeira configuração da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, classificada nesta pesquisa como Rede formal pactuada, baseia-se nas informações coletadas nas entrevistas de gerentes e profissionais das unidades de saúde nos diferentes níveis de complexidade e dos gestores das centrais de regulação envolvidos no Complexo Regulador do município, totalizando 44 atores sociais. Nessa perspectiva, a descrição das usuárias se apresentou de forma generalizada. As entrevistas foram orientadas por roteiros semiestruturados desenvolvidos para os Profissionais da Rede Assistencial (Apêndice B) e para os Profissionais da Regulação (Apêndice C).

Os profissionais, quando consultados sobre a sua percepção em relação à qualidade do acesso aos serviços de pré-natal e parto em Salvador, considerando a integralidade da assistência prestada à usuária, afirmaram, em expressiva maioria, que consideram de boa qualidade, numa escala entre péssimo e ótimo. Nenhum profissional entrevistado considerou o acesso como péssimo e apenas 3 pessoas classificaram como ótimo, mas estas afirmaram estar

avaliando pela sua própria unidade.

Em relação à atuação da regulação assistencial na garantia desse acesso na rede, as opiniões ficaram muito divididas, com registros em todas as classificações, mas a maioria variou entre bom e regular. Observou-se que 4 profissionais, sendo 3 na atenção básica e 1 num centro de parto normal, se abstiveram de opinar sobre a regulação, justificando não utilizar a regulação para organizar o acesso dos serviços consultados.

Diante dessas narrativas, questiona-se sobre o entendimento da ação regulatória enquanto mecanismo de integração da rede, uma vez que as falas citam microprocessos de acesso regulado, tais como a vinculação das gestantes e a descentralização das agendas de laboratório e ultrassonografia, no que pese as dificuldades observadas nesses processos. Ao que parece, alguns profissionais entendem caber à regulação assistencial a prerrogativa de ordenar o acesso diretamente, como costuma ser a prática da regulação governamental localizada em centrais de regulação. Os relatos mostram, ainda, que os profissionais da atenção básica não se percebem enquanto responsáveis pelo acesso regulado das usuárias, assim como revela que as dificuldades com a ação regulatória fazem com que a usuária assuma o protagonismo na busca pelo acesso aos serviços dos quais necessita. Exemplos podem ser observados nas narrativas de 2 enfermeiras e 1 gerente de unidades básicas de saúde.

*Pelo que eu entendo de regulação, não vejo nada regulado para o pré-natal. (...) Porque o exame que ela pode marcar no sistema, a ultrassom, ela marca lá diretamente. O que na prática não funciona dessa forma, porque como não tem oferta, elas acabam indo fazer por conta própria. E exames de laboratório, a gente manda diretamente pro laboratório também. Então a gente não tem regulação em pré-natal. Paciente quando vai parir, vai pra maternidade. Então, sem nenhum tipo de intermediação (UBS4).*

*Ó, quando você fala em regulação comigo, eu não consigo enxergar essa regulação em relação à maternidade. O que a gente trabalha aqui é uma vinculação da paciente com a maternidade. A gente manda pra lá, faz a visita, faz a vinculação e a paciente quando retorna, ela já sabe que é uma paciente que vai ter que parir lá. Não tem esse negócio de esperar a regulação (UBS11).*

*Porque a gente acaba fazendo também o papel de regulação. Quando a gente faz o encaminhamento através de ficha de referência, a gente acaba tendo esse papel. A regulação eu acho que ela é inexistente nesse ponto, pra garantir o acesso (UBS12).*

Mesmo relativizando seu papel na regulação da assistência às gestantes na rede do SUS, os profissionais sintetizaram suas percepções sobre as diversas dificuldades na rotina da rede assistencial de saúde em Salvador, para garantia do acesso integral aos cuidados com a gestante.

As situações mais citadas pelo conjunto dos entrevistados foram, (i) a fragilidade na comunicação em tempo real e a qualidade das informações na rede, (ii) a baixa capacidade de atendimento da Atenção Básica, (iii) a dificuldade de acesso aos serviços ambulatoriais especializados, e (iv) a superlotação das maternidades. Observa-se que as principais dificuldades descritas estão inter-relacionadas, em vários relatos uma situação é citada como causa ou consequência de outra. Esses pontos de estrangulamento também têm sido identificados em outros estudos científicos sobre a integralidade da RAS no âmbito do SUS, corroborando com as dificuldades sentidas pelos profissionais entrevistados neste estudo empírico (GIOVANELLA, et al. 2009; SERRA e RODRIGUES, 2010; FARIAS e BARBIERI, 2016; SANTOS e GIOVANELLA, 2016).

Um relato significativo é o da gestora da Central Estadual de Regulação, que assume a comunicação e informação como insumos da ação regulatória, considerando que a atividade precípua da Regulação Assistencial é integrar os pontos de atenção da RAS.

*Porque se a gente tá no meio entre uma unidade que pede e uma unidade que vai me dar, se eu não consigo ter uma comunicação efetiva, eu não consigo resolver o problema. A gente é de fato um centro de comunicação. Então se eu não comunico com a rede, eu não resolvo o problema. Eu fico como um elefante branco. (...) Tem aquele problema da dificuldade mesmo do contato. Eu não consegui falar com a unidade ou porque o telefone não funciona, ou porque ninguém atende, ou porque o obstetra ele nunca pode atender porque ele tá sempre ocupado no CO. (...) E falta de informação. É aquele que não sabe como de fato a regulação funciona, acha que é uma caixinha de surpresa, e por eu não entender, eu continuo fazendo do meu jeito, por que eu acho que o meu jeito é o mais efetivo (CER).*

A inexistência de sistemas de informação adequados à comunicação em rede, de modo a envolver a participação dos múltiplos atores do sistema de saúde é um elemento que constrange a integração sistêmica, uma vez que a ação regulatória mobiliza a atuação de sujeitos com diferentes interesses e motivações em interação, acessando fluxos de comunicação diversificados de acordo com seu contexto. Cita-se como exemplos que expõe essa fragilidade as narrativas da enfermeira da unidade básica USF1, ao afirmar que “*não existe uma conversa da regulação com a gente. Eu não tenho acesso à regulação. Eu não tenho o telefone de contato, eu não tenho e-mail, eu não tenho nenhum acesso à regulação*”, confirmada pelo relato da superintendente de enfermagem da maternidade M5:

*É uma rede que tem fragilidades pra se comunicar. A gente não tem sistema, por exemplo, que dialogue. A gente usa as nossas ferramentas de comunicação, pessoais. (...) Até o tempo que eu vejo que demora, assim. A unidade que pede, o que entra na tela, pra sair da tela, que alguém acolha*

*aquela demanda e diga “vou receber”, até chegar na unidade. E aí o transporte agora. Isso tudo demora muito. Acho que tinha que ser mais assim, em tempo real. Às vezes eu acho que isso é utópico (M5).*

A capacidade dos atores de mobilizar fluxos de comunicação, na interação com os demais atores no contexto da rede, demonstra o poder que detém, uma vez que revela uma posição mais favorável às possibilidades de intermediação com os demais pontos da rede, com menores restrições e maior condição de disponibilizar os recursos assistenciais como afirmam Fleury e Ouverney (2007). De fato, os depoimentos dos entrevistados dão conta da predominância dos processos de integração social, decorrentes de contatos pessoais, em detrimento da integração sistêmica, apesar da existência de práticas colegiadas na rede.

Os outros pontos elencados como dificuldades, por parte dos profissionais, se referem à disponibilidade de recursos assistenciais de saúde na rede, cuja suficiência tem se mostrado inadequada às necessidades da população de Salvador, agravada pela demanda de outros municípios que tem a capital do Estado como referência assistencial na saúde.

Assim, em relação à Atenção Básica – que configura uma das portas de entrada na RAS, ratifica-se sua baixa cobertura do território dificultando o acesso aos serviços de pré-natal em Salvador, conforme descrito no relato da administradora da maternidade M6 – *“além do pré-natal ter a dificuldade de marcar consultas, elas só têm contato com o médico uma consulta. Então a questão de elas fazerem só com a enfermeira, elas já vêm cheias de queixas”*. Além disso, os relatos indicam fragilidades de estrutura física e de pessoal e variações no processo de trabalho entre as equipes, fazendo com que entre as áreas cobertas pela estratégia também ocorram dificuldades para garantia do cuidado integral à saúde, de acordo com relato da enfermeira da unidade básica USF8.2 – *“eu já atendi gestante com 35 semanas que nunca tinha tido uma consulta pré-natal. Foi um fato que eu relatei pro distrito e questioneei. Por que a gestante, ela tem que ter o acesso ao pré-natal. E aí relatam que a unidade é muito cheia”*.

Os serviços ambulatoriais especializados, que servem como apoio diagnóstico e acompanhamento da gestação, estão com uma programação de oferta aquém das necessidades estimadas pelos parâmetros do MS. Em relação a ultrassonografia obstétrica, os problemas são relativos à quantidade dos exames, que não atende à demanda, à concentração dos prestadores em determinados distritos sanitários, o que dificulta a acessibilidade das usuárias, e a falta de distribuição territorial das cotas contratadas, dificultando a priorização com base em critérios de necessidade e risco por parte dos profissionais de saúde. Situação descrita pela enfermeira da unidade básica USF1 nos seguintes termos:

*Outra dificuldade também é na questão dos exames mais especializados, tipo ultrassom. Porque tá aí no sistema, mas é uma vaga que na maioria das vezes não se encontra. E a gestante tem uma certa urgência. A gente não pode esperar 2, 3 meses, porque eu passo de ver, naquele trimestre, algumas coisas importantes (USF1).*

Em relação aos exames laboratoriais, no que pese o acesso ser considerado mais fácil, existem relatos de dificuldades referentes à demora na entrega dos resultados, segundo afirmativa da enfermeira da unidade básica USF8.2 – “*os exames laboratoriais conseguem marcar, apesar de demorar muito. Demora às vezes mais de 1 mês. E pra o pré-natal às vezes é complicado a gente aguardar tanto tempo*”. Essas limitações fragiliza a atenção básica, uma vez que no caso do pré-natal a falta de acesso aos exames complementares pode comprometer o acompanhamento adequado das situações de risco e, conseqüentemente, a ocorrência de situações que demandam atendimento de urgência durante a gravidez. E, por sua vez, constroem a atuação da atenção básica enquanto ordenadora da rede assistencial, pois fazem estimular a relação de confiança entre as usuárias e os serviços hospitalares, mais resolutivos em relação à oferta do atendimento especializado.

Na assistência ao parto, a principal dificuldade relatada pelos profissionais da rede assistencial refere-se à superlotação das maternidades, citada pelos entrevistados em todos os níveis assistenciais. A principal consequência dessa situação é a peregrinação das gestantes em diferentes maternidades em busca de atendimento no momento em que ocorrem os sintomas do parto, o que representa um forte indicador de falta de integração e qualificação da rede assistencial. Nesse caso, as fragilidades da atenção básica têm sido apontadas como uma das causas para a superlotação das maternidades com os atendimentos de intercorrências durante o parto, que poderiam ter sido identificadas e solucionadas com um pré-natal de qualidade. Também existem relatos que informam sobre limitações com pessoal, inclusive em relação ao acolhimento da equipe de plantão, e estrutura física nas unidades hospitalares do Estado. Exemplos de tais situações estão descritos no Quadro 15.

**Quadro 15** – Narrativas: Superlotação das maternidades da rede assistencial.

Ator	Nível de Gestão	Narrativa
Gestora da Central de Regulação das Urgências	Municipal	<i>A dificuldade de regular o acesso na urgência é justamente a superlotação das maternidades que vivem constantemente superlotadas, todas. É difícil o dia que você tente alguma para dizer que vai dar. Mas aí a gente convence, tem o argumento da urgência e acaba sendo recebido.</i>
Administradora da	Estadual	<i>A gente tem uma demanda muito grande pra quantidade de leitos. Nós</i>

maternidade M6		<i>temos 6 leitos de emergência pra atender os DS6, DS10, DS8, M10 de porta aberta e agora M12.</i>
Coordenadora de enfermagem da maternidade M9.2	Estadual	<i>Outra dificuldade que às vezes eu percebo que impacta muito é quando a equipe está incompleta. Aqui, nosso coordenador médico, sempre consegue remanejar. A gente dificilmente fica com dois na equipe. (...) Mas a rede, a gente recebe muito. Ontem mesmo eu vi alguma maternidade só com 2 obstetras. Impacta. Então esse é um fator também. A equipe incompleta.</i>
Enfermeira da unidade básica USF1	Municipal	<i>Com o fechamento da M2, a gente passou por um tempo bem complicado. Porque (...) não recebia porta aberta, tinha que ser via regulação; M4 estava com demanda absurda, tava meio não querendo assumir. Enfim, acabou que assumiu e aí ele regula, se não tiver vaga lá dentro. Às vezes, porque tá muito cheia, superlotada, a própria regulação demora. E a gestante não quer esperar. Ela evade. E ela sai peregrinando de maternidade em maternidade.</i>
Enfermeira da unidade básica USF5	Municipal	<i>Às vezes eles falam de determinados profissionais que são grossos nas maternidades. E outros que não, "a equipe foi maravilhosa". Depende muito da equipe que tá. O problema mais é a superlotação que a gente fica sem uma assistência que a gente quer. Já tive gestante que foi pra ser avaliada e voltou pra casa e no meio do caminho teve a criança, já tive 2 que pariram na rua. Então a gente teve alguns problemas porque liberava e a gestante já dilatada e tudo.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

A disponibilidade insuficiente dos recursos assistenciais de saúde é outro elemento produtor de constrangimentos sobre a integração da RAS, na qual a ação regulatória tem atribuição de mediar esse desequilíbrio entre oferta e demanda de serviços, na medida em que intermediasse o acesso de forma mais racional, por meio de uma qualificação da demanda. Contudo, a Regulação Assistencial não tem produzido mecanismos que apoiem a atenção básica na sua prerrogativa de ordenar o acesso em rede, conforme recomendado na literatura, uma vez que esta possui as condições mais apropriadas para identificar as prioridades, pela sua proximidade com as usuárias em determinada área de abrangência. Essa limitação de recursos contribui para que os atores em interação, inclusive as usuárias, extrapolem as regras normativas estabelecidas na política de saúde e se orientem por condutas estratégicas individuais que aumentem sua capacidade para viabilizar recursos escassos.

De acordo com a TE, as práticas sociais podem ser reproduzidas pelos agentes sociais com base em rotinas institucionalizadas, de forma tácita e sem nenhuma motivação direta, ou podem ser produzidas em modos de conduta alternativos, com base no contexto social, nas configurações da estrutura e na sua capacidade estratégica, motivados, ainda por interesses ou projetos específicos (COHEN, 1999). Essa capacidade do agente de sempre agir de modo diferente faz da ação humana um processo contínuo, desenvolvida por meio da sua

“autorregulação reflexiva” (GIDDENS, 1989, p.33). Essa concepção do autor se refere a capacidade de atores sociais desenvolverem estratégias coletivas de integração sistêmica, “seja para manter as coisas como estão, seja para mudá-las”, influenciando as condições de reprodução do sistema social.

Peters (2015) explica que, de acordo com a teoria da estruturação, as práticas sociais mais institucionalizadas no tempo e no espaço se reproduzem através da ação estratégica de atores intencionais interagindo de diferentes pontos do sistema, que utilizam sistematicamente saberes especializados sobre as relações sociais na estruturação e reestruturação dessas próprias relações. Dessa forma, a identificação de estratégias de ação dos profissionais envolvidos na rede assistencial de pré-natal e parto, configura-se como embasamento para compreensão dos padrões de estruturação observáveis na Rede formal pactuada.

Os relatos dos profissionais entrevistados indicam a participação ativa de dois atores sociais, cuja atuação mostrou-se relevante para definição de estratégias coletivas, que não haviam sido identificados no desenho preliminar da pesquisa. Um deles refere-se aos distritos Sanitários de Salvador, contemplado na configuração descentralizada administrativa da SMS Salvador no território do município. Os distritos sanitários, pensados como mediadores no escopo das ações da Rede Cegonha, foram considerados como agente reguladores por profissionais entrevistados a exemplo claro do que foi narrado pela enfermeira da unidade mista:

*A regulação pra mim é o distrito. Hoje em dia o meu vínculo de regulação é o distrito. Porque se é alto risco, eu tenho que pedir pra eles marcarem. Se é uma paciente que tem algum problema, tipo ela é usuária de drogas, então além da UBS ela precisa de um CAPS, o distrito é quem marca. Ela tem HTLV, o distrito marca também. É tudo o distrito que faz através da rede cegonha. O fluxo nosso sempre foi esse, e funciona bem (UM1).*

O outro ator que tem se mostrado atuante no acompanhamento das ações da Rede Cegonha, em especial no estímulo às ações de prestação de contas por meio do monitoramento e avaliação das ações e serviços desenvolvidas na assistência à gestante em Salvador é o Ministério Público Estadual, exercendo sua função de controle externo da administração pública e configurando uma ação baseada na legitimação, segundo a TE. Atuação descrita pela supervisora de enfermagem da maternidade M5:

*A reunião do observatório de maternidades que é com o Ministério Público também é uma coisa importante, porque ela traz uma certa cobrança de posicionamento dos outros órgãos envolvidos. Da própria SESAB, do*



*município, dos serviços de uma maneira geral. Então isso fortalece (M5).*

Os relatos das entrevistas apontam a existência de regras, pactuadas coletivamente nos espaços colegiados da rede assistencial em Salvador, considerando as características do contexto local, baseadas na vinculação das gestantes às maternidades de referência para assistência ao parto estabelecida na Lei da Maternidade Certa, que se desmembra em duas ações da rede assistencial. Uma delas é a visita de vinculação das gestantes à maternidade de referência, cuja objetivo é apresentar à gestante a maternidade onde será realizado seu parto e como é seu funcionamento. As centrais de regulação não participam desse processo, alguns Distritos Sanitários mediam o processo entre as maternidades e as unidades básicas, para organização logística de recepção das usuárias. As gestoras das maternidades M5 e M6 descrevem como funciona essa estratégia:

*A visita de vinculação o próprio distrito manda pra gente até uns 3 dias antes a lista de pacientes que vem pra vinculação, por e-mail. A gente faz o acolhimento aqui em uma das salas. A gente tem um grupo multiprofissional que faz roda de conversa com as gestantes. E normalmente a gente tem terapeuta ocupacional, fono, tem uma dentista também que participa das rodas, psicologia, enfermeira. Depois dessa roda de conversa elas vão pra visita. Elas visitam todo o percurso da maternidade (M5).*

*Na vinculação a gente coloca toda a realidade. As nossas dificuldades, como é o nosso atendimento, o atendimento demorado, elas conhecem as instalações. Então assim, é muito mais tranquilo você receber uma gestante que você já sabe o que ela vai vivenciar, do que uma que chegue aqui e não sabe nada, “tá demorando o atendimento”, entende? Então eu acho que a vinculação é uma estratégia (M6).*

A vinculação representa uma forma de acesso regulado entre atenção básica e assistência hospitalar, sem interferência das centrais de regulação, contudo, pelos dados coletados nas entrevistas, a visita de vinculação não representa uma garantia que o parto será realizado na unidade vinculada, contrariando a regra normativa e fragilizando essa estratégia de integração sistêmica entre a atenção básica e a rede hospitalar. O próprio documento do Plano Municipal de Saúde de Salvador assume que a vinculação não garante o atendimento das gestantes, atribuindo o problema à demanda do interior do estado que sobrecarrega os leitos obstétricos em Salvador.

*Apesar da elaboração do mapa de vinculação do componente parto e nascimento, não existe garantia de que a gestante vinculada àquela maternidade de referência consiga realizar o parto no serviço indicado, uma vez que as vagas de leitos obstétricos em Salvador também atendem às gestantes de outros municípios do estado (SALVADOR, 2018).*

A outra estratégia, relacionada com a anterior, é a definição da maternidade na qual a

gestante deve se dirigir no momento do parto. As maternidades, durante as falas dos entrevistados, afirmam que seguem o desenho da rede para organizar o atendimento das gestantes, de acordo com a vinculação, estabelecida na Lei da Maternidade Certa. As únicas exceções foram M6 que afirma que atende “*todo mundo que chegar. Pode ser o bairro que for. Não tem essa questão*” e M10 que afirma que apesar da definição da área de abrangência “*na verdade todas as unidades podem encaminhar pra cá. Se a gestante for de risco habitual*”.

Contudo, foi possível observar vários depoimentos contrários por parte dos profissionais, tanto das próprias maternidades, quanto das unidades básicas de saúde, que refletem as contradições existentes na operacionalização da rede e as possíveis causas da peregrinação das gestantes, que ainda ocorrem em Salvador. Dentre os motivos citados como causa na dificuldade no cumprimento da vinculação das gestantes, observam-se fragilidades na organização do processo entre os serviços, limitações de estrutura física das maternidades, falta de informação adequada, adesão das gestantes – seja por confiança no serviço, seja por superlotação das maternidades de referência, ou a não garantia do parto na unidade vinculada, que diminui a credibilidade dessa estratégia junto às usuárias.

Alguns exemplos foram relacionados no Quadro 16, inclusive a reflexão de uma gestora de maternidade sobre a contradição entre a regra formal e o direito de escolha da usuária do serviço.

**Quadro 16** – Narrativas: Maternidade de referência x peregrinação das gestantes.

Ator	Nível de Gestão	Narrativa
Supervisora de enfermagem da maternidade M5	Estadual	<i>A gente tem a vinculação. Aí na própria classificação de risco ela é atendida pela enfermeira, e já informa pra ela que ela é vinculada pra outra maternidade, questiona se ela fez visita de vinculação. Aí diz “fiz, mas não gostaria de ir pra lá”, ou “não fiz, eu não sabia”, que elas relatam. E aí a gente orienta sobre a vinculação, mas não é obrigatório. Assim, a gente tem essa rede organizada, mas é claro, a gente sabe que ela não funciona de forma efetiva, não é 100%. Então ainda chegam pacientes que falam que peregrinaram. Então tem um período que quando a gente tá lotado, tá todo mundo lotado. Então elas fazem esse relato de que já passaram em outras maternidades e que não conseguiram e que mandaram ir pra outro lugar.</i>
Administradora da maternidade M6	Estadual	<i>E assim, a gente tem o entendimento de que antes de tudo, existe o direito da mulher de ela parir onde ela quiser. Então se ela chegar aqui, seja lá de onde ela for e disser que ela quer parir aqui, a gente acolhe.</i>
Coordenadora de enfermagem da maternidade M9.2	Estadual	<i>Enviar paciente sem comunicação prévia. Eu percebo muito isso. E na vinculação o conflito que eu vejo é isso. (...) Porque precisa ter um contato prévio por telefone e nem todos os médicos aceitam isso. Alguns</i>

		<i>colegas querem mandar porque é de lá e não interessa se fez contato ou não.</i>
Enfermeira da unidade básica USF1	Municipal	<i>A gente ainda escuta gestante falar que peregrinou muito. Chegou na maternidade, a maternidade tava superlotada, não tinha vaga e aí demorou pra regular. Aí ela sai daqui e por conta própria vai parar em outra.</i>
Enfermeira da unidade básica USF10	Municipal	<i>A rede cegonha tem uma proposta boa, no entanto Salvador não consegue atingir a meta que é trazida em fórum. E aí tem diversas justificativas pra isso. Essa questão da vinculação é meio que o paciente acaba burlando o sistema, mas por uma causa justa. Porque a mulher vai precisar parir, vai precisar ter uma assistência qualificada. Então se ela ouve ali da vizinha que ela foi bem atendida, um exemplo, na M4, que não faz parte da rede dessa unidade, a gestante vai querer parir na M4, mesmo eu falando que na Rede Cegonha é a M6.</i>

Fonte: Elaborado pela autora.

Os espaços de governança são caracterizados como componente constitutivo das RAS no SUS, pelas suas normativas legais (BRASIL, 2010) e pela literatura acadêmica sobre o tema (MENDES, 2011; SILVA SF, 2011; MENDES, 2015; REIS et al., 2017), definidos como uma composição de “arranjos institucionais necessários para a cooperação das instituições, organizações e atores sociais e políticos que participam das redes de atenção à saúde” (SILVA SF, 2011, p.5).

Observa-se que esses espaços são apontados pelos autores como ação estratégica para pactuar acordos de cooperação coletiva entre gestores/profissionais de um território, assim como para construir vínculos e corresponsabilização entre atores envolvidos, promovendo um diálogo permanente e coletivo entre os profissionais nos diversos pontos da rede que possibilite a integração de forma viva, articulando a atenção básica na composição de microprocessos de regulação do acesso, conforme especificidades locais, nos quais esse nível de atenção possa protagonizar o ordenamento e a integração da rede.

A percepção da importância estratégica dos espaços de governança é percebida na fala de alguns entrevistados na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, ao considerarem a atuação desses espaços, em especial do Fórum da Rede Cegonha, como locais de interação, de produção de arranjos coletivos, de educação permanente e de motivação e apoio mútuo para enfrentamento dos problemas comuns vivenciados no contexto do território. O depoimento da assessora técnica da maternidade M12 exemplifica bem esta percepção, embora ressalte, contraditoriamente, a necessidade da hierarquia e da burocracia para o funcionamento da rede – “a questão do fórum, eles trazem sempre uma injeção de ânimo, de experiências que são vistosas e mostram alguma coisa que se pode adequar. É nessa esfera mesmo aí do diálogo.

*Sem desconhecer a burocracia e a hierarquia, se não a rede não funciona”.*

São também verificados nos achados desta pesquisa, limitações e dificuldades no funcionamento destes espaços de governança, relacionados à participação efetiva dos atores sociais e à capacidade de replicação prática dos acordos firmados nos espaços coletivos em todos os pontos da rede assistencial, descritas no tópico anterior. Mais uma vez se destacam as causas referentes à conduta humana, consciente e motivada, para o desempenho de uma prática social, conforme narrativas da gestora de regulação de M2 e da enfermeira da unidade básica USF10:

*Ele consegue reunir ali muitos gestores, representantes dessas comunidades e que você consegue expor. Eu acho que talvez o que precise é um monitoramento assim, de quem tá indo mesmo, saber se as unidades que precisam estar representadas, se elas estão sendo representadas e se elas estão sendo representadas por pessoas que vão ter como atuar, entendeu? Não ser um mero figurante na tela. Precisa, com os dados que estão sendo mostrados, que essa pessoa consiga na sua unidade ter atitude pra que o que tá bom, seja mantido dure e o que precisa ser modificado... Eu vejo com bons olhos, sempre vi o fórum, acho que é uma forma de fazer, agora que não fique só ali. A coisa precisa vir pra realidade mesmo (M2).*

*Tem as reuniões que é mais voltado pra questão técnica e tem o fórum que envolve gestores, envolve maternidades. (...) E que os médicos da unidade de saúde participassem mais desses espaços, porque na maioria das vezes quem vai é o enfermeiro. E mesmo assim trazendo, alguns hábitos, algumas mudanças, não incorpora (USF10).*

Da mesma forma, as orientações normativas da RAS sugerem que as articulações coletivas, para a construção de arranjos e pactos relativos ao ordenamento de fluxos, critérios, e monitoramento constante das ações que garantam o acesso das gestantes aos serviços de saúde, envolvendo os diferentes níveis da assistência, em determinado território, podem ser realizadas em espaços de governança com abrangência de uma área adstrita à uma ESF, ou à um distrito sanitário, ou mesmo à uma região de saúde.

No entanto, esta pesquisa constata que tais articulações ainda têm sido pouco desenvolvidas nos espaços colegiados que constituem a rede de assistência ao pré-natal e parto em Salvador. Os dados empíricos dão conta da construção de uma grade de referência assistencial e de fluxos e critérios para o acesso regulado ao pré-natal de alto risco, contudo a disseminação desses esquemas mostrou-se limitada em alguns pontos da rede, e seu o monitoramento e atualização constantes, ao que parece, não têm sido suficientes para identificar em tempo oportuno as necessidades de ajuste para garantir a integralidade da assistência prestada às gestantes em Salvador.

Além disso, outras ações estratégicas, que foram sinalizadas de forma isolada em pontos de atenção específicos da rede assistencial conforme narrativas das gestoras dessas unidades, descritas a seguir, não vem sendo implementadas de forma coletiva, integrada com os demais atores envolvidos. É lícito admitir, a partir do entendimento sobre as redes como práticas sociais e em constante construção, defendido nesta pesquisa, que essas estratégias, desenvolvidas no contexto da rede assistencial, poderiam contribuir para institucionalizar novas práticas de integração sistêmica e apoiar a articulação com o nível da atenção básica, citando-se como principais exemplos o gerenciamento de filas de espera, a implantação da gestão de leitos nas maternidades e ações de educação permanente.

*Eu acho que a questão da fila de espera está sendo uma estratégia que a gente está gostando muito. O paciente não conseguiu aquele agendamento, ele entra numa fila de espera. É como se fosse uma solicitação. Ele vai à unidade fazer uma solicitação do procedimento. Diminui, aliás, elimina a questão da sorte. Conseguiu agendar porque teve sorte de chegar na unidade no momento em que a vaga tava ali disponível. Você organiza o fluxo. Você tem a possibilidade de priorizar por cronológica ou por algum outro critério. Eu acho que essa estratégia vai organizar este fluxo. Vai otimizar a ocupação dessas vagas, que é o que a gente precisa. Então acho que ela é estratégia que a gente tá apostando nisso (CRM).*

*O Núcleo Interno de Regulação, ele tem todos os fluxos desenhados. Todos. Os fluxos ambulatoriais, os fluxos hospitalares, os fluxos de regulação, os fluxos de recepção de paciente. Nós monitoramos o quantitativo de pacientes que nós solicitamos regulação, que são reguladas, pra onde foram; os que solicitam que nós recebemos, de onde elas vêm (M2).*

*A outra estratégia que se tem é a capacitação. Hoje mesmo esse processo de capacitação continuada é periódica com os operadores. Eles não estão na diretoria, eles são responsabilidades do núcleo de tecnologia da informação (CRM).*

Uma situação bastante observada nos relatos dos diversos profissionais da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador é a regulação paralela, que Cecílio (2012, 2014) explicou nos seus estudos empíricos por meio da caracterização de diferentes regimes de regulação, conformando diferentes lógicas e modos de conduta que orientam as práticas sociais entre os profissionais de saúde na rotina da rede.

A existência dessa prática social, no âmbito da rede assistencial em Salvador, foi relatada por muitos profissionais em todos os níveis da assistência, inclusive pelas centrais de regulação, sendo classificadas ora como estratégias de ação, ora como dificuldade para o funcionamento adequado da Regulação Assistencial, conforme exemplos narrados no Quadro 17. Uma possível explicação para essa prática pode ser encontrada na capacidade de agência do ator social, por

meio da qual este recorre a alguma possibilidade de “agir de modo diferente” diante de qualquer nível de coerção estrutural, por meio da qual os profissionais dispõem do seu poder para mobilizar recursos assistenciais via alocação – quando eles próprios dispõem sobre os serviços necessários em outros vínculos de trabalho, ou via autoridade – quando contatam com colegas da sua rede de relações pessoais ou mesmo quando são sensibilizados por meio dos esquemas de conhecimento referentes ao risco da usuária (GIDDENS, 1989, p.258).

**Quadro 17** – Narrativas: Regulação paralela, estratégia ou dificuldade.

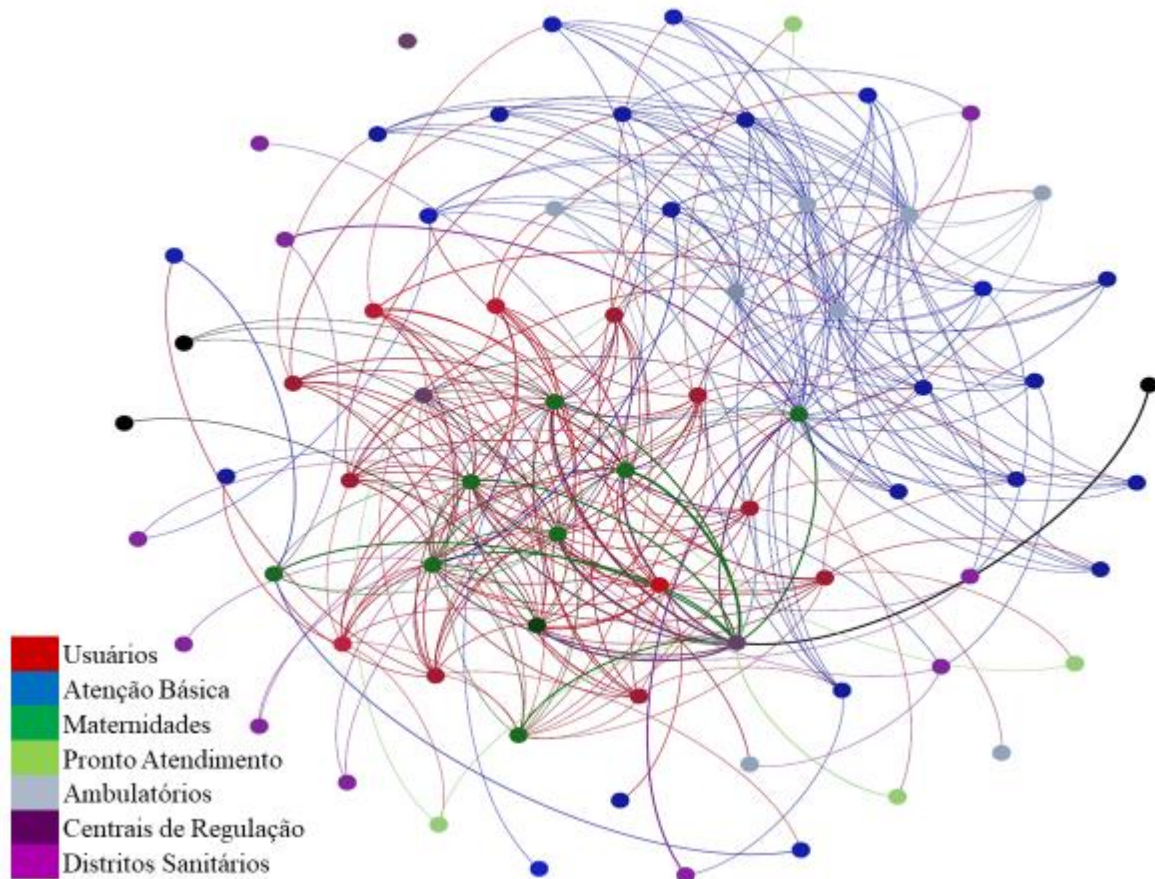
Ator	Nível de Gestão	Narrativa	Entendimento
Gestora da CRU	Municipal	<i>Mas o grupo de maternidade tem essa dificuldade, assim. De entender o processo pra regulação. Eles intervêm muito entre si. Eu acho que pra considerar pela urgência e talvez pensando que o processo do estado é mais burocrático, então pela urgência de transferir neonatal, a própria gestante, você vê a angústia entre eles no grupo e eles passam a central o tempo todo. (...) Eles se regulam o tempo todo. É o tempo todo assim. “Ah, fecha aí”. É assim, “quem tem, quem pode dar”. Ou então ligam pra Central e avisam “ó, o paciente foi autorizado por doutora fulana”. É bem forte entre as maternidades.</i>	Dificuldade
Gestora de regulação da maternidade M2	Estadual	<i>A central tem empoderamento pra utilizar os recursos que tem, os leitos que tem, os exames que tem. Então você não tem como ter uma tela onde você tem 30 solicitações diárias e são oferecidos pra você 6, 7 leitos. Essa conta não vai bater nunca. (...) Porque os colegas, eles pedem socorro. Esse grupo de WhatsApp das maternidades tem situações... E principalmente no interior, que os enfermeiros é que ficam a frente.</i>	Dificuldade
Gerente da unidade de pronto atendimento PA4	Municipal	<i>Na verdade, por telefone, não foi nem via regulação, foi contato mesmo, conhecimento com M4 que nos dá um apoio. Então a gente conseguiu transferir pra lá.</i>	Estratégia
Gerente da unidade mista UM3	Municipal	<i>Quando a gente conhece alguém de outras unidades, aí a gente tenta. Tem uma paciente que precisa fazer um ultrassom que é urgente. A gente tem contato com multicentro, com a unidade que faça, aí a gente tenta “será que não consegue mais uma gestante?”. Então tem esse contato quando precisa com mais urgência do exame.</i>	Estratégia
Enfermeiro da unidade básica USF5	Municipal	<i>O apoio da ginecologista obstétrica aqui na unidade também. É o apoio maior que a gente tem, na verdade. Porque às vezes ela consegue encaminhar direto pra M5. Ou então manda no dia que ela tá de plantão.</i>	Estratégia

Fonte: Elaborado pela autora.

As informações sobre os contatos estabelecidos entre os profissionais da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador para viabilizar o acesso aos atendimentos necessários à

gestante, referente aos exames laboratoriais, ultrassonografia obstétrica, atendimento no pré-natal de alto risco e parto, produziu a imagem da rede apresentada na Figura 6, cuja análise confirma alguns dos achados descritos neste estudo.

**Figura 6** – Rede formal pactuada



Fonte: Elaborado pela autora.

A disposição gráfica produzida pelo *Gephi* mostra os atores sociais entrevistados na pesquisa como os nós da rede, cada cor representa um dos tipos de estabelecimento, conforme apresentado na legenda. As arestas representam as conexões estabelecidas com outros atores para encaminhamento dos procedimentos mencionados, relativos à assistência ao pré-natal e ao parto. As conexões, na perspectiva da rede assistencial, poderiam ser realizadas por meio dos sistemas de informação disponíveis – tais como SUREM, Sistema Vida +, entre outros, pelos meios de comunicação convencionais – tais como telefone, fax e e-mail, por meio das redes sociais – principalmente o *WhatsApp*, por meio do deslocamento da própria usuária ao local de realização do procedimento encaminhado pelo profissional de saúde, ou outro instrumento de comunicação descrito pelo entrevistado. De modo que o calibre da aresta representa a

quantidade de conexões estabelecidas para cada contato, uma vez que algumas situações envolvem o uso de múltiplos recursos de comunicação, como por exemplo e-mail e confirmação pelo telefone. E a cor da aresta representa o nó de origem, ou seja, revela de quem foi o movimento de buscar a conexão que levaria ao procedimento necessário.

Numa visão geral é possível observar uma intensa movimentação das usuárias na rede, que estão representados pelos nós vermelhos e registrando-se a grande quantidade de arestas vermelhas permeando a rede. Ainda que estes estejam sendo representados, nessa perspectiva de análise da rede, de uma forma generalizada, essa movimentação intensa confirma o protagonismo das usuárias na busca pelos serviços de que necessita. Observação corroborada pelos achados de Cecílio (2012), que define o usuário como um ator ativo que busca, experimenta vários caminhos e segue na rede assistencial produzindo outros circuitos que nem sempre corresponde ao que propõe a regulação governamental.

A movimentação das usuárias na imagem da rede mostra, ainda, que sua atividade se apresenta em grande interatividade direta com os pontos verdes – representados pelas maternidades, que em relação os pontos azuis – representados pelas unidades de atenção básica, uma vez que as linhas de conexão – arestas, são mais calibrosas e em maior quantidade. Ressaltando que a cor das arestas representa o ator que realizou o movimento de conexão. O que contraria a norma legal do SUS, na qual a atenção básica deveria ordenar rede assistencial. Chama atenção o fato de que esse achado vem sendo verificado em diversos estudos empíricos realizados sobre a RAS no Brasil, o que revela uma situação não alentadora para a institucionalização da rede e seu objetivo de garantir uma assistência integral à população brasileira pelo SUS (SILVA SF, 2011; GIOVANELLA et al., 2009; SOUSA et al., 2014; AGUILERA et al., 2013)

A imagem da Figura 6 mostra 2 blocos de atores, um deles entre as usuárias e as maternidades, onde a CER e CRU tem forte interação com as unidades hospitalares, e outro bloco envolvendo as unidades básicas e os estabelecimentos ambulatoriais, onde os DS – representados em lilás, mostram alguns laços de interação entre a AB e as maternidades. Confirmando a atuação dos Distritos Sanitários de Salvador, na intermediação entre a atenção básica e a rede hospitalar, conforme descrito pelos profissionais. O único ponto isolado observado na imagem, representa a CMR, que não relatou nenhuma conexão direta com outro ator para viabilizar os atendimentos citados, tendo caracterizado sua atuação na definição de regras que conformam a estrutura da rede no município, confirmando uma atuação centralizada



no Complexo Regulador e focalizada nas ações de controle de programação.

Diante do exposto, os elementos da estrutura e do sistema observáveis na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, categorizada por esta pesquisa como Rede formal pactuada, e seus consequentes padrões de estruturação mais destacados nessa conformação, estão apresentados, num esforço de síntese, no Quadro 18 abaixo.

**Quadro 18** – Elementos da estruturação observáveis na Rede formal pactuada.

<b>Atores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Um conjunto diversificado de profissionais são reconhecidos como atores da rede, em especial os profissionais da atenção básica, das unidades hospitalares e os reguladores.</li> <li>▪ Os profissionais médicos se destacam em relação à percepção sobre a capacidade de garantir o acesso à vaga, considerando a sua prerrogativa técnica de realizar ou coordenar o recurso assistencial na saúde.</li> <li>▪ As usuárias não são reconhecidos explicitamente como atores que viabilizam o acesso por parte dos profissionais e gestores.</li> </ul>
<b>Regras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Existem documentos formais que estruturam a rede em Salvador de forma genérica, a exemplo da Lei da Maternidade Certa.</li> <li>▪ Existem esquemas técnicos produzidos coletivamente no Fórum da Rede Cegonha – Grade de referência, vinculação das gestantes e fluxo de acesso ao pré-natal de alto risco.</li> <li>▪ Existem processos de contratação/contratualização e monitoramento dos serviços, isolados em serviços específicos, sem contemplar a dimensão da rede temática.</li> <li>▪ Os atores modificam as regras estabelecidas de modo a viabilizar recursos escassos.</li> <li>▪ Adoção de estratégias individuais de ação em alguns serviços isoladamente, não socializadas entre o conjunto de atores na rede assistencial.</li> </ul>
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Os recursos assistenciais na atenção básica são insuficientes para a população de Salvador.</li> <li>▪ Os recursos assistenciais de apoio diagnóstico são insuficientes para assistência às gestantes estimadas em Salvador.</li> <li>▪ Os recursos hospitalares são suficientes considerando apenas a população de Salvador, mas se mostram insuficientes em decorrência do atendimento referenciado pelo interior do estado.</li> <li>▪ Os atores têm recorrido à sua capacidade de mobilizar os recursos limitados via alocação - quando são os próprios profissionais que realizam os serviços de saúde necessários, ou via autoridade - pelo poder exercido em cargos de chefia ou através das relações pessoais com outros profissionais de saúde.</li> </ul>
<b>Formas de Interação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Uso recorrente da integração social, por meio da articulação pessoal entre profissionais da rede para viabilizar o acesso aos recursos assistenciais limitados.</li> <li>▪ Uso de ações de integração sistêmica, em especial na atuação do Fórum da Rede Cegonha enquanto espaço de governança, contudo estas ações ainda não se configuram em vínculos com capacidade de articular o coletivo de atores envolvidos de forma permanente e de comunicar em rede os pactos firmados coletivamente.</li> <li>▪ Adoção de algumas estratégias coletivas, sem monitoramento dos resultados sobre a integração da rede.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora

Giddens (1979) afirma que as habilidades e conhecimentos dos agentes da ação, nesse caso os profissionais de saúde, são tacitamente mobilizados na interação com o outro, por meio

de uma monitoração reflexiva na rotina dos acontecimentos da vida social. Para o autor, a conduta humana, ainda que seja intencional, pode ser reproduzida cotidianamente sem uma motivação objetiva e pode, ainda, produzir consequências não premeditadas pelo agente. Os atores recorrem ao que o autor chama de modalidades ou padrões de estruturação na produção dessa interação, que são também os meios de reprodução dos elementos estruturais e do sistema social em estudo, que nesta tese trata-se da rede assistencial de saúde.

Os padrões de estruturação, significação, dominação e legitimação, ainda que as práticas sociais envolvam sempre as três modalidades de forma articulada, elas podem ser explicadas em relação à predominância de um padrão sobre o outro, a partir das características institucionais observáveis no sistema em interação social, sob determinados contextos específicos (GIDDENS, 1979).

Desse modo, a ação regulatória na perspectiva da Rede formal pactuada, no que pese a presença de elementos referentes a cada uma das modalidades de estruturação, revela-se sob a predominância dos padrões de significação e dominação. Ainda que as RAS se configurem em um sistema social sob forte influência normativa, o que representaria um predomínio dos padrões de legitimação, o que se observa na prática cotidiana da rede assistencial é uma transgressão das normas legais e uma sobreposição da ação humana, mobilizando predominantemente recursos de comunicação – implicando em padrões de significação, e de poder – implicando em padrões de dominação.

Os esquemas interpretativos caracterizam os padrões de significação incorporados aos estoques de conhecimento dos atores, os quais são aplicados de forma reflexiva na expressão da sua comunicação, rotineiramente, na interação com outros atores, de acordo com as peculiaridades do contexto em que essa interação comunicativa acontece. Assim como, a ação humana em interação, sob padrões de dominação, envolve a capacidade dos atores sociais para produzir resultados através da conduta estratégica, na qual a ação humana está relacionada ao exercício de poder, entendido como ser capaz de realizar intervenções em situações da vida social (GIDDENS, 1989).

Essa concepção giddensiana explica os padrões observados na Regulação Assistencial desenvolvida na perspectiva da Rede formal pactuada, conformada na interação entre os diversos atores, profissionais e gestores, envolvidos na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador. Constata-se que a característica predominante da ação regulatória é a comunicacional,

cujo objetivo é integrar os pontos de atenção para organizar o acesso da forma mais adequada e oportuna possível. Observa-se que a pactuação de esquemas interpretativos e adoção de medidas estratégicas, individuais e coletivas, por parte dos profissionais e gestores dos diversos serviços de saúde, para viabilizar os recursos assistenciais disponíveis de forma insuficiente no território de Salvador, vão além das regras formais estabelecidas na política de saúde, confirmando um dos pressupostos desta pesquisa.

Por outro lado, a análise dos dados empíricos deste estudo atesta que a realidade vivenciada pelas gestantes, usuárias da rede do SUS do município de Salvador, entrevistadas neste estudo, assume nuances e elementos diferentes daqueles que predominaram na configuração da Rede formal pactuada, até aqui discutida. Os resultados da movimentação dos atores da Rede construída em ato, outra possível conformação da rede assistencial formulada por esta pesquisa, é objeto de análise do item seguinte deste trabalho.

#### **4.2.2 A Rede construída em ato**

Os fundamentos que embasam os pressupostos dessa tese, confirmados com as primeiras incursões no campo empírico, ancoram-se nos estudos de Cecílio (2012) os quais defendem a necessidade de um olhar mais ampliado sobre a complexa relação entre sujeito e objeto para compreender o fenômeno da Regulação Assistencial enquanto prática social.

As afirmativas veementes do autor, mostram que a lógica normativa/administrativa do SUS, na qual a Regulação Assistencial tem alinhamento estrito, se propõe à tentativa de enquadrar as pessoas às regras normativas da sua estrutura formal, ignorando que as pessoas, usuárias e usuários dos serviços de saúde, “transgridem regras” e sua ação ativa na rede assistencial de saúde faz emergir outra lógica regulatória do acesso à saúde, denominada como regulação leiga e conceituada como a regulação produzida pelos próprios usuários (CECÍLIO, 2012, p.5). Observa-se que essa lógica regulatória ocorre em paralelo com a ação governamental e com adaptações produzidas pelos atores envolvidos na ação cotidiana, conforme as características observadas na configuração da Rede formal pactuada.

Essa análise, se confirma nesta pesquisa o que suscita a necessidade de compreender os elementos estruturais e do sistema social observáveis na rede assistencial de saúde na perspectiva dos atores que utilizam os serviços do SUS, em interação com outros atores envolvidos, para acessar os serviços de que necessitavam no cotidiano da rede assistencial, no

caso aqui estudado, os serviços de pré-natal e parto em Salvador.

O protagonismo das usuárias ficou evidenciado nas falas dos profissionais de saúde, que designam atribuições explicitamente aos seus pacientes, na busca pelos recursos solicitados. Como exemplificado nos relatos da gerente da unidade básica USF7 – *“aí a gente só orienta ela procurar alguma maternidade com a sacola do menino pra sair com o menino no colo. ‘Hoje é o dia, você não pode passar de hoje. Vá, você entra na maternidade e só vai sair com seu filho no colo’”* e da enfermeira da unidade básica UBS4 – *“aí elas ou fazem particular, ou de repente conseguem através de mutirão que tem uma escola de imagem que faz o mutirão”*.

Essas situações acontecem, principalmente, nas Unidades de Saúde da Família, que, em tese, deveriam se responsabilizar pela continuidade do cuidado às usuárias na rede assistencial. Entretanto o que se observa é uma desresponsabilização, por parte dos profissionais assistentes, justificada por eles pela limitação dos recursos assistenciais disponíveis no território do município, conforme narrativa da gerente da unidade básica USF4 – *“ela que marca, mas não é de responsabilidade nossa. A gente encaminha, dá aquela ficha de referência e lá acolhe, ou outra maternidade que foi encaminhada”*.

Nessa direção da transferência de responsabilidades para outros pontos da rede, registra-se inclusive, relatos de orientação para que a gestante denunciasse a falta de acesso à ouvidoria do SUS do município, como afirmado por um profissional da USF5, quando questionado sobre as estratégias da unidade para diminuir as dificuldades de encaminhamento – *“orientar as pacientes a ligar pra ouvidoria. A gente ‘olhe, ligue pra ouvidoria, viu? Dizendo que não conseguiram vagas’, essas coisas”*.

Os relatos das usuárias revelam, de forma contundente, sua ativa participação para viabilizar os serviços, que não estão de forma tão acessível na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador. As trajetórias contadas pelas usuárias mostram sua peregrinação entre os pontos de atenção e a desintegração da rede assistencial, que não tem conseguido capturar as gestantes e viabilizar seu acesso de forma integrada por meio da rede assistencial. As diversas histórias contadas por essas mulheres retratam a falência da ação regulatória, no âmbito da RAS, considerando sua prerrogativa de integrar os pontos de atenção à saúde.

*Eu fui lá na M9.1, e me encaminharam praqui (M9.2). Aí eu fui na UM9 e eles também me encaminharam praqui (Gestante G9).*

*Eu fiz tudo pago. Só uma (ultrassonografia obstétrica) que eu fiz agora na*

*M9.2 porque eu tava sentindo dor, aí eu fiz lá (Gestante G6.1).*

*Eu dormi lá pra marcar (ultrassonografia obstétrica) (Gestante G12.2).*

*Só foi um pouco difícil porque eu tive que madrugar. São dão 15 fichas por dia (exames laboratoriais) (Gestante G6.1).*

*Não foi encaminhamento. Ela me deu a requisição (a médica da UBS), eu fiquei sabendo que lá faz e aí eu fui pra lá. (...) A ultrassom eu fiz paga porque eu não sabia que na M2 fazia de graça. Aí a próxima eu vou fazer na M2 (Gestante G5.4).*

*Eu tava fazendo o pré-natal pelo particular. Porque pelo público eu não tava achando vaga. Aí quando eu fui transferi meu pré-natal pro público (5º mês de gestação), já tava com meus exames todos prontos (Gestante G5.3).*

Estas diferentes situações vivenciadas pelas usuárias do SUS, confirmam, por sua vez, a existência de uma variedade de nuances possíveis entre a aceitação de uma regra normativa e os modos de adaptação de um ator frente às obrigações impostas e suas conseqüentes sanções na vida social. O “caráter negociado das sanções” atribuído por Giddens (1979, p.95) revela uma característica inerente das interações sociais, valorizando os elementos de significação em relação à ordem normativa, por meio das quais os agentes, dada a sua capacidade de fazer diferente, no contexto da sua ação, podem transgredir, ou não, as prescrições normativas.

Nesta mesma direção, a proatividade do usuário no sistema de saúde, em busca do acesso aos serviços dos quais necessita, reconhecida por alguns autores (SILVA JMB, 2011; OLIVEIRA et al., 2016), é também confirmada nesta pesquisa. Constata-se que a condição para um acesso regulado é a interação via comunicação com as usuárias, assim como observa-se contradições entre as reivindicações das usuárias e o saber técnico dos profissionais na rede.

Quando questionadas sobre sua percepção em relação à qualidade de acesso aos serviços de pré-natal e parto em Salvador, a expressiva maioria das gestantes avaliaram como ótimo ou bom, numa referência mais marcada pela experiência positiva com a atenção básica. As dificuldades mais citadas nos relatos referem à falta de informação na rede assistencial, falta de vagas para as ultrassonografias obstétricas, quem têm sido realizadas no serviço privado, e superlotação nas maternidades. A gestante G5.3, por exemplo, relaciona o bom atendimento na unidade básica ao serviço particular, como observado por grande parte da população em geral, ao comparar a qualidade dos serviços de saúde públicos e privados:

*O meu pré-natal, eu amei. Mas o atendimento aqui (na maternidade) eu não gostei. Porque eu acho que eles não têm totalmente uma estrutura suficiente, adequada para todas as gestantes. E eles não dão o suporte necessário que todo mundo necessita. Atenção, entendeu? E no posto não. O enfermeiro*

*maravilhoso, a médica também maravilhosa. Tem todo aquele cuidado, aquela preocupação com a gente. Explica tudo direitinho, aquela coisa. Parece até particular (Gestante G5.3).*

Esta situação do atendimento no âmbito da atenção básica, referida pelas usuárias da rede, se explica pelo fato de que é da atenção básica a responsabilidade sanitária por uma determinada área de abrangência e a que deve construir vínculos com a população adstrita. Esta é a função desse nível de assistência que representa um dos princípios norteadores da estratégia de saúde da família, a qual justifica sua capacidade de ordenadora da rede, considerando o reconhecimento mais próximo e concreto sobre as necessidades dos usuários.

Contudo, os dados empíricos revelaram fragilidades na atenção básica e centralização da ação regulatória governamental em si mesma, ou seja, sem contemplar o papel da atenção primária, constringendo a prerrogativa do nível primário na coordenação da rede assistencial. Uma vez que as unidades básicas não conseguem se articular com os demais pontos de atenção da rede e garantir o encaminhamento das usuárias aos serviços especializados, é de se esperar que estas considerem sua atuação como atendimentos simples, conforme relato da gestante G12.1 – “*porque é posto de saúde, só vacinas e atendimento pré-natal mesmo*”.

A percepção de lugar de coisas simples fica ainda mais evidenciado pelas fragilidades de pessoal, em especial pela insuficiência do profissional médico, fazendo com que em muitas unidades básicas o pré-natal seja conduzido pela enfermagem, que isoladamente, não consegue cumprir os protocolos assistenciais do cuidado à gestante e nem manejar as possíveis intercorrências durante o pré-natal. Os relatos das gestantes descrevem exatamente essa limitação observada na atenção básica:

*O atendimento não tem muita coisa porque lá ela só pergunta se tá sentindo alguma coisa, como não é o obstetra que atende, só a enfermeira, aí ela não pode passar remédio nenhum pra mim além do sulfato ferroso e o ácido fólico. E ela tira minha pressão, vê o batimento do bebê, verifica meu peso, só isso mesmo (Gestante G6.1).*

*Ela achou melhor passar por uma avaliação médica, porquê o pré-natal é feito pelo enfermeiro. Aí ela me deu um papel, aí eu vim aqui pessoalmente com essa guia e marquei (Gestante G4).*

*Porque tipo assim, porque lá no posto não tem suporte suficiente, aí vem pra cá, pra mandar ver, fazer exame de toque, tudo direitinho (Gestante G5.3).*

Em outras histórias, as gestantes relatam a existência de barreiras de acesso, provocadas pela comunicação ineficiente e pela inexistência de processos de microrregulação que potencializassem a escuta para das necessidades singulares das usuárias, captadas pelos

profissionais na interação produzida no cotidiano da produção do cuidado em saúde. As dificuldades de acesso fazem com que se atribua ao acaso conseguir marcar algum atendimento pelo SUS, conforme registrado na fala da gestante G5.3 – “*é questão de sorte*”. Outras gestantes também descreveram suas dificuldades para conseguir uma marcação de atendimento nas unidades de saúde em Salvador;

*Eu não conseguia marcar (na Unidade Básica), lá é horrível pra marcar o médico. Aí só ficava pedindo meu nome e meu número pra ligar quando tivesse vaga ou então quando a greve acabasse, aí quando já tava esse mês (7º mês de gestação) que eu consegui. Desde os 3 meses que eu tento marcar (Gestante G5.1).*

*Na realidade eu pensei que marcasse só exames de sangue. Aí depois, conforme eu fui vendo lá, que eu vi que tinha fila de regulação, o pessoal marcando exame, consulta, essas coisas assim. Marca tudo. Geralmente elas não informam esse negócio de ultrassom (Gestante G5.4).*

Em relação a percepção das entrevistadas sobre a atuação da regulação no seu acesso aos serviços de saúde, apenas 3 usuárias opinaram, sendo que 1 classificou como ótimo e 2 como regular. A expressiva maioria afirmou que nunca usou a regulação durante o pré-natal ou parto.

A conformação da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador indica a adoção de algumas estratégias coletivas para qualificar o acesso e integrar a assistência às gestantes, conforme relatos descritos na Rede formal pactuada. Contudo, as informações obtidas junto às gestantes e puérperas entrevistadas nesta pesquisa dão conta de contradições na operacionalização dessas ações, no cotidiano da Rede construída em ato.

Uma das estratégias implementadas por meio da Rede Cegonha em Salvador é visita de vinculação das gestantes à maternidade de referência, de modo a conhecer a estrutura física e a forma de atendimento da unidade onde a usuária deverá se dirigir no momento do parto. Contudo, várias usuárias entrevistadas relataram desconhecimento sobre a vinculação ou a explicação oferecida pelo profissional não ficou clara o suficiente. É possível que este achado explique um dos motivos da baixa adesão das gestantes às visitas referidas pelos profissionais, como ilustram os relatos de muitas usuárias que participaram desta pesquisa:

*G6.1 - Não me falou não, eu não sabia. Só 1x que ela me deu um cartãozinho pra eu vir assistir uma palestra aqui nessa maternidade.*

*G6.2 - Eu nem sei o que é isso.*

*G9 - Sim. Quem marcou foi a fisioterapeuta (da maternidade), me informou sobre o dia de visita aqui, aí eu vim.*

G10 - *O que é isso? Não. E lá eu tenho certeza que não vai me mandar fazer nada disso.*

G11.2 - *Eu vi pela caderneta, né. Mas só que não fiz não.*

Outra estratégia a ser utilizada pela Rede Cegonha refere-se à Lei da Maternidade Certa, estabelecida normativamente desde 2012 no município de Salvador. Apesar do tempo decorrido desde a sua publicação, as gestantes entrevistadas afirmam que ainda fazem uma verdadeira peregrinação na rede assistencial em busca de atendimento no momento do parto. Essa peregrinação das gestantes também foi citada pelos profissionais, confirmando, portanto, a ocorrência dessa situação crítica sob o ponto de vista dos objetivos normativos dessa rede temática. Os relatos informam que os pactos firmados nos espaços de governança não estão sendo cumpridos, pois o acordado seria que as maternidades, ao receber uma gestante de área não vinculada e no caso de a unidade estar lotada, eles entrariam em contato com a CER de modo a realizar a transferência para a unidade vinculada de forma regulada e com disponibilidade de transporte por ambulância convencional.

A peregrinação ficou bem evidente no relato das gestantes G10 e G12.1, entrevistadas no pronto atendimento de uma maternidade da rede em Salvador, aguardando atendimento para realização do parto:

*Mas dificuldade, pra mim mesmo, maior dificuldade é ficar nesse jogo de ir pra lá e pra cá. Porque elas têm que dizer a mim “vá pra tal lugar, tal dia”. Elas não. Aí quer que a pessoa providencie dinheiro. Não tem como providenciar dinheiro. Aí o problema tá todo aí (Gestante G10).*

*Eu fui em outra, mas só que não me atendeu. Quer dizer, me atendeu, mas mandaram esperar até 42 semanas, porque eles queriam forçar um parto normal. Aí, porque tipo assim, eu esperei até 41, não tive dilatação, não tive nada, como é que eu ia ter normal depois de uma semana? Aí eu retornei para casa. Mas quis arriscar em uma maternidade mais próxima. Tipo assim, eu vim pra aqui, eles mandaram eu retornar, e no dia de retornar fui pra outra maternidade e tive de retornar pra aqui (Gestante G12.1).*

As informações dos profissionais referem como principal causa destas idas e voltas das gestantes a superlotação de maternidades da rede. Contudo, as usuárias apresentam uma perspectiva diferente, pois relatam a busca por unidades diferentes da sua vinculação por questões de confiança, constituídas por experiências prévias ou relatos de experiências de pessoas conhecidas, conforme observado no relato da gestante G12.2 sobre o motivo de ter procurado a maternidade onde foi entrevistada – “*eu gostei dos atendimentos. Quando eu vim da última vez, eles me trataram bem. Ai eu vim agora de novo*”. Nesse sentido, a determinação de uma maternidade definida pode configurar a restrição da liberdade de escolha da paciente.



O relato da gestante G6.1 é bem característico sobre a motivação da escolha do local do parto fundamentada nas referências pessoais:

*Porque aqui tinha história de casos que a mãe vem, aí bota o elástico na barriga com aquele pra ouvir o coração, aí bota a mãe no soro, aí coloca a mãe pra voltar pra casa. Aí quando a mãe volta que vai avaliar o bebê, o bebê tá morto. Aí eu fiquei com medo, não vim e fui pra M9.2 que minha irmã há 2 meses teve o bebê dela lá e teve a sorte de pegar um plantão bom, com pessoas boas e foi outra coisa, comigo foi diferente. Eu saí de lá traumatizada e não volto mais. Aí vim pra cá mesmo (Gestante G6.1).*

O protagonismo da gestante, já confirmado em outros estudos (OLIVEIRA et al.2009), revela-se no seu papel de agente intencional e ativo, frente a busca das suas necessidades assistenciais, de modo que, a partir do seu contexto local e da sua experiência com os serviços de saúde e levando em conta aspectos como acessibilidade e confiança, reinterpreta as regras capturadas na estrutura do sistema e constrói sua própria estratégia de acesso. Essa conduta, em determinadas circunstâncias, apesar de legítima e expressar sua condição de cidadã, entra em conflito com as regras normativas estabelecidas no sistema de saúde, podendo causar constrangimentos à ação governamental quando esta não está disposta à acolher as decisões das usuárias.

Esta situação é evidenciada nos achados empíricos desta pesquisa, a exemplo da monitoração reflexiva que as usuárias realizam sobre suas opções de acesso, observada na transgressão da Lei da Maternidade Certa. Além dessa, outras estratégias adotadas pelas usuárias para viabilizar os recursos solicitados ao longo do pré-natal foram observadas, como o uso de informações obtidas com pessoas conhecidas, onde as gestantes tentam conseguir o acesso, nos casos de negativa vão buscando outras informações, seguindo nessa dinâmica da tentativa e erro, até que alcancem o objetivo, como ilustra o depoimento da gestante G5.4 – “*eu procuro me informar e ver em outro lugar, como eu fiz com a UBS5. Eu não consegui lá, me informei com uma colega minha, que ela já tinha parido, aí eu falei com ela ‘você fez seu pré-natal onde?’ (...). Aí eu consegui*”.

Outra estratégia muito acessada pelas usuárias, em especial para realizar os atendimentos de ultrassonografia obstétrica, tem sido a busca pelo atendimento ambulatorial no serviço privado, por entender que o serviço particular oferece mais confiança e rapidez. Os relatos dos profissionais também confirmaram esse fato, sendo que em algumas situações a equipe indicou estabelecimentos na região, com os quais tinham estabelecido alguma parceria ou confiança no serviço. Exemplos dessa estratégia podem ser observadas nas narrativas das gestantes:

– “*ultrassom todas foram particulares. Pelo município e pelo governo eu não achei*” (Gestante G8.3).

– “*quando eu não conseguia marcar, eu fazia particular. Até alguns exames de sangue, no 2º trimestre, eu fiz lá. E lá a gente faz, tipo, marca hoje, faz amanhã e pega com 8 dias. É mais rápido do que aqui. Agora ultrassonografia eu fiz tudo particular*” (Gestante G11.1).

A estratégia da regulação paralela também foi citada nas informações relatadas pelas usuárias do sistema em Salvador, reforçando a existência das múltiplas lógicas regulatórias convivendo paralelamente para acessar os escassos recursos assistenciais da RAS. Foram identificados relatos de integração social entre as usuárias e atores com capacidade para mobilizar recursos na rede assistencial, pela via autoritativa – do médico particular que solicitou apoio do colega na maternidade, descrito pela gestante G7 – “*foi um encaminhamento do meu médico particular, que não faz parto pelo SUS, ele me encaminhou pra uma médica conhecida dele aqui na maternidade*”, e pela via alocativa – através de profissionais que atuam nas unidades de saúde e viabilizaram o recurso, conforme relatos das gestantes G11.1 – “*sempre o agente de saúde que não é nem da minha área, porque a da minha área não faz nada. Tudo é ele que marca. Até pelo WhatsApp, ele marca antes a consulta*” e G5.3 – “*eu só consegui por questão de amizade, conhecimento lá dentro. Aí quando foi... Eles me ligaram agora, tem um mês. Só que eu já tava fazendo*”.

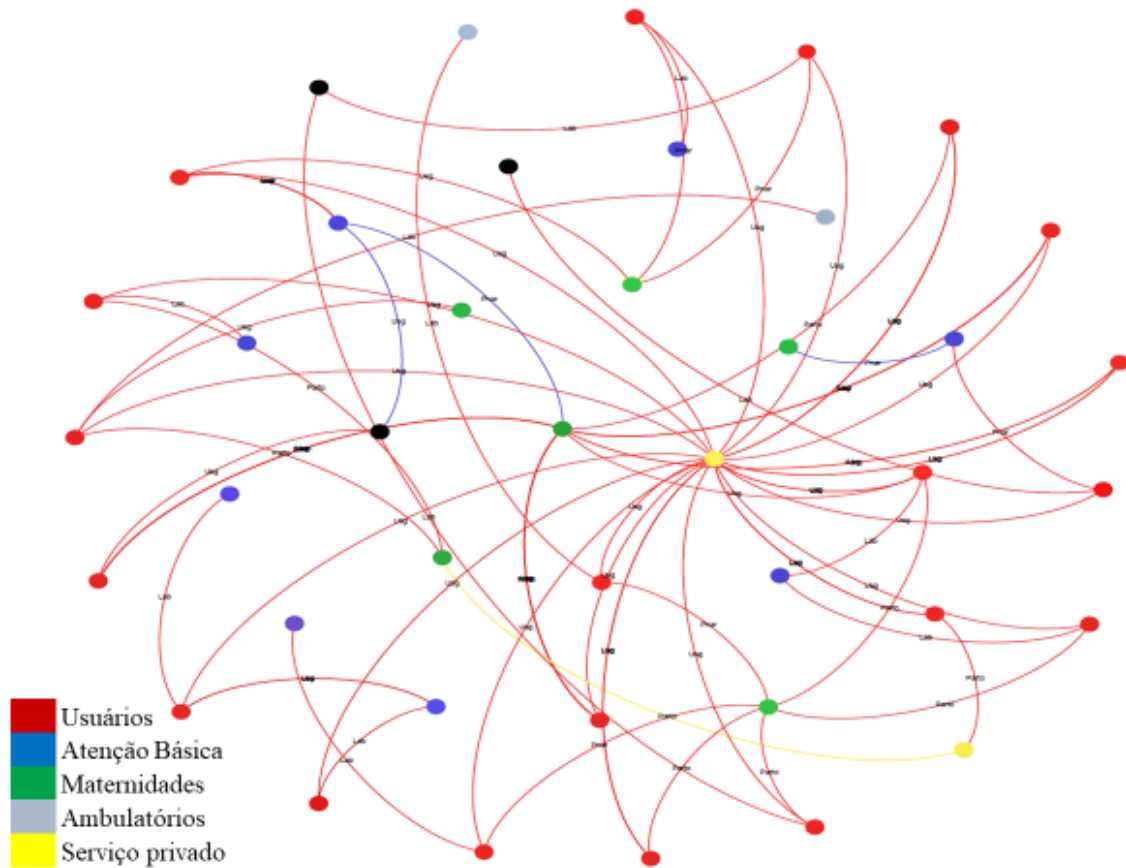
Em relação à visualização gráfica da Rede construída em ato, obtida por meio das informações coletadas nas entrevistas com as gestantes e puérperas sobre os contatos realizados para viabilizar o seu acesso aos atendimentos, referente aos exames laboratoriais, ultrassonografia obstétrica, atendimento no pré-natal de alto risco e parto, na rede assistencial em Salvador, tem-se a imagem apresentada na Figura 7, corroborando, novamente, com as análises descritas neste trabalho.

Nessa perspectiva de análise da rede assistencial, através da disposição gráfica produzida pelo Gephi, os nós da rede representam os pontos de atenção onde as gestantes - que estão representadas em vermelho, realizaram os serviços citados, conforme apresentado na legenda. As arestas representam as conexões estabelecidas com outros atores para viabilizar o encaminhamento da demanda, relativos à assistência ao pré-natal e ao parto<sup>13</sup>. A cor da aresta

<sup>13</sup> Novamente as conexões poderiam ser realizadas por meio dos sistemas de informação disponíveis – tais como SUREM, Sistema Vida +, entre outros, pelos meios de comunicação convencionais – tais como telefone, fax e

representa o nó de origem, ou seja, revela quem realizou o movimento de buscar a conexão para acessar o procedimento necessário.

**Figura 7** – Rede construída em ato



Fonte: Elaborado pela autora.

O predomínio das arestas de cor vermelha, mostrando a intensa movimentação das usuárias, contradizendo, mais uma vez, a prerrogativa da atenção básica, cuja articulação entre os pontos de atenção da rede para o ordenamento do acesso adequado às gestantes, deveria conferir uma preponderância da cor azul na imagem. Esse achado ratifica, mais uma vez, o protagonismo das usuárias na produção do seu próprio acesso aos serviços de pré-natal e parto no âmbito do SUS no município de Salvador.

A visão geral desta configuração, mostra uma rede dispersa, pois cada usuária é agente condutora das suas próprias conexões. O único nó que concentra grande fluxo de conexões nessa rede é o setor privado, cuja citação é genérica, agregando a referência de todas as usuárias

---

e-mail, por meio das redes sociais – principalmente o *WhatsApp* ou por meio do deslocamento da gestante pessoalmente ao local de realização do procedimento encaminhado pelo profissional de saúde.

que relataram a busca de algum serviço privado. Observa-se, com isso, a inclusão de um outro ator com atuação relevante na rede, os serviços privados, os quais, na realidade do município, *locus* desta pesquisa, oferecem procedimentos ambulatoriais, uma vez que a demanda das gestantes se refere quase que exclusivamente ao acesso as ultrassonografias obstétricas e nunca aos serviços hospitalares.

Um registro digno de nota, refere-se ao segundo nó amarelo, representando um profissional médico do serviço privado, que intermediou o atendimento de uma paciente para realizar o parto em M9.1. Exemplificando, mais uma vez, a regulação paralela observada na dinâmica da rede, nesse caso, produzida pela ação profissional, revelando as múltiplas lógicas de acesso que permeia a rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador.

Excluindo-se o *hub* amarelo, que representa o serviço privado nesta configuração, os nós que apresentam maior números de conexões voltam a ser as maternidades, revelando a proximidade de interação com as usuárias. Característica observada também na Rede formal pactuada. Já a atuação das centrais reguladores e dos Distritos Sanitários, não são percebidas pelas usuárias da rede assistencial, o que se configura num achado instigante, na medida em que Salvador é o município do Estado da Bahia com maior número de Distritos Sanitários e com maior tempo e experiência de implantação dos distritos.

Diante do exposto, os elementos estruturais e do sistema que orientam a conformação da Rede construída em ato e, por consequência, os padrões de estruturação da ação regulatória do acesso aos serviços de pré-natal e parto em Salvador, estão sintetizados no Quadro 19.

**Quadro 19** – Elementos da estruturação observáveis na Rede construída em ato.

<b>Atores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Um conjunto diversificado de profissionais são reconhecidos como atores da rede, em especial os enfermeiros da atenção básica e as unidades hospitalares.</li> <li>▪ As usuárias se revelam como atores ativos no acesso aos serviços de que necessitam.</li> </ul>
<b>Regras</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ As usuárias, enquanto agentes da ação, subvertem as regras para viabilizar os recursos assistenciais escassos, orientadas por suas próprias referências culturais e sociais.</li> <li>▪ Adoção de estratégias individuais de ação com base nos conhecimentos obtidos com os profissionais assistentes, nas experiências prévias ou na capacidade de obter apoio para viabilizar recursos escassos.</li> </ul>
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Os recursos assistenciais na atenção básica são insuficientes para a população de Salvador.</li> <li>▪ Os recursos assistenciais de apoio diagnóstico são insuficientes para assistência às gestantes estimadas em Salvador.</li> <li>▪ Os recursos hospitalares são suficientes considerando apenas a população de Salvador, mas se mostram insuficientes em decorrência do atendimento referenciado pelo interior do estado.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Os atores têm recorrido à sua capacidade de mobilizar os recursos limitados via alocação – comprando diretamente serviços assistenciais na rede privada, ou via autoridade – por meio das suas relações com profissionais de saúde ou outras pessoas com capacidade para mobilizar recursos na rede.</li> </ul>
<b>Formas de Interação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relação hierárquica entre os profissionais e as usuárias.</li> <li>▪ Uso da integração social, por meio da articulação pessoal com pessoas que detêm capacidade de mobilizar os recursos assistenciais necessários.</li> <li>▪ Mecanismos de integração sistêmica pouco funcionais – como visita de vinculação, caderneta da gestante e relatórios de referência e contrarreferência.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora

Os achados desta pesquisa, que caracterizam a Rede construída em ato, conformada especificamente pelas conexões produzidas por vinte gestantes e puérperas, na busca pelos serviços dos quais necessitavam, na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, evidenciam a constituição do que Cecílio et al. (2014, p.114), denominam como “agir leigo”, ou regulação leiga, por não estar fundamentado exclusivamente no conhecimento técnico-científico. De fato, observa-se que esta proatividade, vista como conduta estratégica das usuárias, é movida pelas suas necessidades de saúde, caracterizando-se como prática social construída em interação com outros atores, envolvendo familiares, amigos, vizinhos, cuidadores, e outras usuárias encontrados na vivência dos serviços de saúde.

Tais situações, verificadas nos achados desta pesquisa e que caracterizam a Rede construída em ato, pode ser explicada à luz da teoria da estruturação, ao demonstrar que a reprodução da estrutura em interação, por meio da sua racionalização reflexiva, em relação ao contexto específico, envolve reciprocidade de práticas, cria e recria circunstâncias de ação ao longo da vida social. Essa dinâmica social pressupõe que o exercício de poder não é exclusividade dos atores dominantes, pois admite que toda relação social apresenta um compartilhamento de poder, ainda que assimétrico, concebido por Giddens como dialética de controle.

A interação estabelecida entre as usuárias e os profissionais na rede assistencial se mostrou, predominantemente, hierárquica, por meio da qual os profissionais solicitam serviços assistenciais, orientam e assistem as usuárias seguindo suas próprias lógicas construídas na perspectiva da Rede formal pactuada. Contudo, em concordância com Merhy, (1997), observa-se que o trabalho em saúde é vivo e ocorre em ato, ou seja, é produzido ao mesmo tempo em que é consumido pelo usuário, e será mais resolutivo, segundo o autor, de acordo com a capacidade do profissional de saúde de mobilizar as regras e recursos disponíveis, para responder as necessidades específicas e subjetivas dos usuários do serviço.

Assim, na Rede construída em ato, observa-se que as regras normativas e os mecanismos de integração sistêmica produzidos pelos gestores e profissionais – tais como visita de vinculação, caderneta da gestante e relatórios de referência e contrarreferência, têm se mostrado pouco funcionais, agregando baixo valor de uso pelos atores. Desse modo, as usuárias, enquanto agentes da ação, criam estratégias individuais com base nos conhecimentos obtidos com os profissionais assistentes e nas suas experiências prévias ou de pessoas conhecidas, mobilizando predominantemente recursos de comunicação e implicando em padrões de significação. Ou agem com base na integração social, por meio da articulação pessoal com pessoas que detêm capacidade de mobilizar os recursos assistenciais necessários, ou, ainda, mobilizando recursos com base na sua capacidade alocativa de custear financeiramente serviços de saúde na rede privada, orientando-se pelo exercício de poder, que implica em padrões de dominação.

Os dados empíricos analisados mostram que as usuárias do SUS constroem sua própria linha de cuidado e revelam que a ação regulatória, considerando a articulação necessária com elementos referentes às modalidades da estruturação, ocorre, predominantemente, sob os padrões de significação e dominação.

A conexão entre as duas configurações da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, a Rede formal pactuada e a Rede construída em ato, se desenvolve no cotidiano de implementação da política de saúde no contexto específico do território da capital baiana, através de encontros, que criam possibilidades de integração entre os atores e qualificam o acesso à saúde, e distanciamentos, que produzem constrangimentos à ação regulatória enquanto mecanismo de integração dessa rede. Esta característica dual é, possivelmente, a mais predominante da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, discutida no item seguinte deste capítulo de resultados da pesquisa.

#### **4.2.3 Dualismo da ação regulatória e a dualidade da rede assistencial de saúde: um convite à reflexão conceitual sobre a Regulação Assistencial à luz dos resultados da pesquisa empírica**

Diferentes estudos científicos têm mostrado que existe uma divergência entre as prescrições formais elaboradas na política de saúde, no âmbito do SUS, ainda que estas tenham sido embasadas em experiências exitosas de outros países. No Brasil, os autores vêm revelando que as regras normativas não são suficientes para modelizar a conduta dos trabalhadores e dos usuários do serviço (CECÍLIO, 2014), fazendo com que estas regras sejam amplamente

adaptadas às condições de contexto em que os atores sociais estão inseridos nos territórios, bastante diversificados no país. Achados confirmados por meio dos estudos empíricos realizados nesta tese na análise da ação regulatória produzida no âmbito rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador – Ba.

O conceito giddensiano da dualidade da estrutura, cuja proposta seria superar o dualismo adotado pelas teorias sociais até então, entre sujeito e objeto, entre ação e estrutura, convida a inclusão da dimensão subjetiva dos atores para compreensão das práticas sociais incluindo as singularidades do modo de agir, tanto dos profissionais, quanto, e principalmente, das usuárias, para compreender a conformação das redes de saúde numa perspectiva mais ampliada. Este conceito da dualidade fundamenta-se na concepção de ação e estrutura como elementos constitutivos do sistema social, numa relação dinâmica e articulada, em que as estruturas sociais, observáveis nas regras e recursos, são constituídas pela ação humana, ao mesmo tempo em que moldam a conduta dos atores, habilidosos e conscientes, que integram um determinado sistema social. Ou seja, o que moldam a conduta dos atores não são apenas as regras, mas as regras e recursos numa relação articulada e contínua sob a ação humana em interação.

A Regulação Assistencial formal, ou governamental como denomina Cecílio (2012), foi estabelecida normativamente com base nos princípios doutrinários do SUS, da integralidade, que se refere a organização da assistência à saúde em todos os níveis de complexidade de forma articulada num contínuo de cuidado organizado pela atenção básica, e da equidade, que pressupõem a atenção às necessidades específicas dos usuários de acordo com o seu contexto social e cultural. No entanto, a rede assistencial conformada na realidade do sistema de saúde em Salvador – Ba revelou que a ação regulatória, na perspectiva analítica assumida nesta pesquisa, é um processo instituinte, que se desenvolve em um contexto específico do território, caracterizada pela multiplicidade de interesses, objetivos e valores dos múltiplos atores em interação, e pelas características dos elementos da estrutura, através das regras e recursos mobilizados no sistema social, que se configuram em padrões de estruturação.

Na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, essas características estruturais foram observadas a partir das configurações da Rede Formal pactuada, na qual os profissionais e gestores assumem centralidade, e da Rede construída em ato, cuja centralidade é assumida pelas gestantes e puérperas. Num esforço de síntese, o Quadro 20 abaixo apresenta, numa perspectiva comparativa, os atributos de cada uma dessas duas configurações, os quais expressam suas especificidades e suas principais diferenças.

**Quadro 20** – Elementos da estruturação: Rede formal pactuada x Rede construída em ato.

	<b>Rede formal pactuada</b>	<b>Rede construída em ato</b>
<b>Atores</b>	Um conjunto diversificado de profissionais são reconhecidos como atores da rede, em especial os profissionais da atenção básica, das unidades hospitalares e os reguladores.	Um conjunto diversificado de profissionais são reconhecidos como atores da rede, em especial os enfermeiros da atenção básica e as unidades hospitalares.
	Os profissionais médicos se destacam em relação à percepção sobre a capacidade de garantir o acesso à vaga, considerando a sua prerrogativa técnica de realizar ou coordenar o recurso assistencial na saúde.	As usuárias se revelam como atores ativos no acesso aos serviços de que necessitam.
	As usuárias não são reconhecidas explicitamente como atores que viabilizam o acesso por parte dos profissionais e gestores.	
<b>Regras</b>	Existem documentos formais que estruturam a rede em Salvador de forma genérica, a exemplo da Lei da Maternidade Certa.	As usuárias, enquanto agentes da ação, subvertem as regras para viabilizar os recursos assistenciais escassos, orientadas por suas próprias referências culturais e sociais.
	Existem processos de contratação/contratualização e monitoramento dos serviços, isolados em serviços específicos, sem contemplar a dimensão da rede temática.	
	Existem esquemas técnicos produzidos coletivamente no Fórum da Rede Cegonha – Grade de referência, vinculação das gestantes e fluxo de acesso ao pré-natal de alto risco.	Adoção de estratégias individuais de ação com base nos conhecimentos obtidos com os profissionais assistentes, nas experiências prévias ou na capacidade de obter apoio para viabilizar recursos escassos.
	Os atores modificam as regras estabelecidas de modo a viabilizar recursos escassos.	
<b>Recursos</b>	Adoção de estratégias individuais de ação em alguns serviços isoladamente, não socializadas entre o conjunto de atores na rede assistencial.	
	Os recursos assistenciais na atenção básica são insuficientes para a população de Salvador.	Os recursos assistenciais são insuficientes para assistência às gestantes estimadas em Salvador.
	Os recursos assistenciais de apoio diagnóstico são insuficientes para assistência às gestantes estimadas em Salvador.	
	Os recursos hospitalares são suficientes considerando apenas a população de Salvador, mas se mostram insuficientes em decorrência do atendimento referenciado pelo interior do estado.	Os atores têm recorrido à sua capacidade de mobilizar os recursos limitados via alocação – comprando diretamente serviços assistenciais na rede privada, ou via autoridade – por meio das suas relações com profissionais de saúde ou outras pessoas com capacidade para mobilizar recursos na rede.
Os atores têm recorrido à sua capacidade de mobilizar os recursos limitados via alocação - quando são os próprios profissionais que realizam os serviços de saúde necessários, ou via autoridade - pelo poder exercido em cargos de chefia ou através das relações pessoais com outros profissionais de saúde.		
<b>Formas de Interação</b>	Uso recorrente da integração social, por meio da articulação pessoal entre profissionais da rede para viabilizar o acesso aos recursos assistenciais limitados.	Relação hierárquica dos profissionais com as usuárias.



	Uso de ações de integração sistêmica, em especial na atuação do Fórum da Rede Cegonha enquanto espaço de governança, contudo estas ações ainda não se configuram em vínculos com capacidade de articular o coletivo de atores envolvidos de forma permanente e de comunicar em rede os pactos firmados coletivamente.	Uso da integração social, por meio da articulação pessoal com pessoas que detêm capacidade de mobilizar os recursos assistenciais necessários.
	Adoção de algumas estratégias coletivas, sem monitoramento dos resultados sobre a integração da rede.	Mecanismos de integração sistêmica pouco funcionais – como visita de vinculação, caderneta da gestante e relatórios de referência e contrarreferência.
<b>Padrões de Estruturação</b>	Transgressão das normas legais, com sobreposição da ação humana adaptando a aplicação das regras e mobilizando, predominantemente, a interação de comunicação – implicando em padrões de significação.	Adoção de estratégias individuais com base nos conhecimentos obtidos com os profissionais assistentes e nas suas experiências prévias ou de pessoas conhecidas - mobilizando predominantemente recursos de comunicação e implicando em padrões de significação.
	Mobilização de recursos de poder, enquanto capacidades alocativas e autoritativas, para acessar recursos assistenciais escassos – implicando em padrões de dominação.	Uso de recursos autoritativos por meio da articulação pessoal com pessoas que detêm capacidade de mobilizar os recursos assistenciais necessários, e alocativos através do custeio de serviços de saúde na rede privada – se orientando pelo exercício de poder, que implica em padrões de dominação.

Fonte: Elaborado pela autora.

Nos pontos de conexão entre essas duas configurações de análise da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, adotadas nesta tese, que podem ocorrer as facilidades oferecidas pelas condições estruturais do sistema social analisado – onde se verificam possibilidades de integração entre os atores e a qualificação do acesso à saúde, e as coerções impostas pelas mesmas condições – produzindo constrangimentos à ação regulatória enquanto mecanismo de integração da rede de saúde.

Assim, as interações estabelecidas entre os atores sociais, sejam individuais ou coletivos, influenciam as possibilidades de ação na dinâmica dos sistemas sociais, de modo que a multiplicidades de agentes envolvidos na ação regulatória, na perspectiva da rede assistencial de saúde, complexifica o contexto em que se desenvolve o acesso à saúde. Essa dimensão de análise resgata a importância da prática no processo de estruturação do sistema social, além de valorizar os elementos do contexto histórico e a recursividade das práticas sociais, que tanto podem constranger, quando facilitar a ação dos agentes em interação.

Diante desses argumentos, depreende-se que a diversidade de atores na ação regulatória, envolvendo gestores, prestadores, trabalhadores e usuários, tanto pode representar possibilidades para a ação estratégica, na medida em que sejam implementadas ações

estratégicas coletivas de articulação e produção de microprocessos de regulação do acesso por meio de espaços de gestão compartilhada. Como podem se configurar em constrangimentos, quando são usadas as relações pessoais para benefícios próprios na priorização do acesso, sem observância dos critérios de necessidade e risco.

Desse modo, ainda que Regulação Assistencial seja implementada por meio de regras – tais como leis, portarias, protocolos e fluxos, na rede real construída em ato, tais esquemas vão sendo relidos e reformulados, considerando principalmente a restrição de recursos assistencial na rede. Tais reconfigurações também podem resultar, tanto em barreiras de acesso, constrangendo a atuação da rede assistencial, como em possibilidades, produzidas por modos de organização do acesso mais integradas e flexíveis, adequadas às características específicas locais e às necessidades próprias da população naquele território.

Nesta mesma perspectiva, ao assumir a concepção de Regulação Assistencial como um sistema social, na qual a agência dos atores em interação produz e reproduz as práticas sociais, de acordo com o contexto local, conformando a integração da rede assistencial, esta pesquisa defende que o processo de legitimidade desse sistema se constrói sobretudo através de espaços de diálogo.

A análise dos elementos da estruturação da rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, permitiu compreender como a ação regulatória vem sendo implementada, fundamentada na atuação consciente e orientada do conjunto de atores sociais envolvidos, que se orientam por regras e recursos disponíveis em um contexto específico, sendo produzida e reproduzida em interação.

Por meio da observação desse processo, na perspectiva dos profissionais e gestores e das usuárias, foi possível confirmar que a estruturação da ação regulatória envolve, predominantemente, a comunicação de significados, expressos nas regras semânticas por meio dos esquemas explicativos produzidos pelos profissionais e gestores, e a dominação via exercício de poder, enquanto capacidade dos atores de mobilizar recursos escassos na rede assistências via alocação ou autorização. E de forma menos significativa a interação por legitimação, uma vez que as regras normativas vêm sendo amplamente transgredidas pela capacidade de agência dos sujeitos da ação, instituindo diferentes lógicas regulatórias, paralelamente, na produção do acesso à saúde.

Constata-se, ainda, que as regras e recursos estão sendo mobilizados de forma mais

significativa por meio de ações estratégicas expressas na produção da integração social, envolvendo relações pessoais e regularizadas de autonomia e dependência entre os atores individuais. Prática que cria possibilidades de soluções específicas, uma vez que esse tipo de integração, segundo Giddens (1979), ressalta o imediatismo das relações sociais presentes no tempo-espaço, e permite as adaptações individualizadas das regras e recursos.

De outro lado, as características observáveis na implementação da ação regulatória mostraram que tem sido pouco explorado a potencialidade das estratégias coletivas produzidas por meio de uma integração sistêmica, na qual o conjunto de atores, articulados em espaços de governança da rede, poderia desenvolver a reprodução de padrões institucionais da política de saúde baseando-se na “autorregulação reflexiva”. Concepção que, segundo Giddens (1989, p.33), cria condições para a reprodução de ações estratégicas que influenciem para a manutenção e a transformação das práticas sociais no tempo-espaço, envolvendo atores localizados em distintas posições no sistema social, com acessos diferenciados a recursos de poder.

Os achados desta pesquisa corroboram com este entendimento, uma vez que ao privilegiar as estratégias individualizadas produzidas na integração social, em detrimento de ações mais orgânicas que poderiam ser produzidas por meio da integração sistêmica, os atores sociais envolvidos na ação regulatória constroem a atuação da atenção básica, que não tem conseguido mobilizar as regras e recursos insuficientes na estrutura da rede assistencial e assumir seu protagonismo enquanto ordenadora da rede assistencial de saúde.

As estratégias coletivas produzidas nos espaços de governança, articulando atores sociais informados para a tomada de decisão, ajustadas às características específicas do contexto de Salvador, produziram mudanças nas regras e na disposição dos recursos, modificando, portanto, os elementos estruturais do sistema social e caracterizando a integração sistêmica. Contudo, é importante ressaltar que esses processos têm produzidos fluxos e esquemas de conhecimento ainda frágeis para articular e sensibilizar a multiplicidade de atores envolvidos na rede temática aqui estudada, e mostram-se com uma capacidade de comunicação das informações e pactuações limitada na amplitude dos pontos de atenção da rede assistencial.

A Regulação Assistencial, no contexto do município de Salvador, assume a forma tecnocrática de ordenar o acesso, ou seja, sob regras predominantemente normativas, e pouca interação com o coletivo de atores da rede envolvendo todos os níveis de complexidade e com

os espaços de governança disponíveis no território. A análise dos dados empíricos mostra que sua atuação tem sido insuficiente para integrar a rede de atenção à saúde por meio de processos sistêmicos que promovam a reorientação do modelo assistencial orientado pela atenção básica à saúde.

Compreende-se que a ação regulatória prescinde da integração entre os atores sociais, desse modo, a composição dos elementos da estruturação, observáveis na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, releva uma contradição na essência da Regulação Assistencial diante da prerrogativa de integrar a RAS. Uma vez que a fundamentação da regulação em saúde, desenvolvida no SUS, é conceitualmente racionalizadora e normativa, estabelece uma relação de dualismo entre ator e estrutura, onde os elementos da estrutura devem modelizar a atuação dos atores submetidos ao processo. Contraditoriamente, o princípio da constituição das redes, cujo conceito é dinâmico, processual e incorpora a dimensão das subjetividades específicas do contexto em que se desenvolve, fundamenta-se na dualidade entre ação e estrutura, o que significa dizer que as estruturas sociais são constituídas pela ação humana, ao mesmo tempo em que são orientadas por elas, ao longo da implementação da rede assistencial, que representa um sistema social.

Configura-se, assim um paradoxo acerca da integração ator e estrutura no âmbito do sistema de saúde, observado entre a dualidade necessária para conformação das redes de atenção à saúde e o dualismo imposto pela regulação governamental. Sem a compreensão de que a implementação do acesso regulado é um processo em ato contínuo, diretamente dependente da (inter)ação humana consciente e intencionada, cuja capacidade de agência sempre permitirá que os atores sociais interpretem e modifiquem as regras e os recursos disponíveis no contexto em que realizam as práticas sociais, o SUS continuará no imaginário popular como serviço de baixa qualidade e a atenção básica como o lugar das coisas simples.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“A maior riqueza do homem é sua incompletude.  
Nesse ponto sou abastado.  
Palavras que me aceitam como sou — eu não aceito.”.*  
(Retrato do artista quando coisa – Manoel de Barros)

Compreendendo que o conhecimento científico é construído por meio de uma interpretação subjetiva do pesquisador para compreensão dos fenômenos sociais, entende-se que toda produção científica é apenas uma visão dos fatos analisados, sendo, portanto, incompleta e passível de outras explicações.

Dessa forma, a resposta à questão norteadora desta pesquisa foi formulada através da análise das interações produzidas e reproduzidas pelo conjunto de agentes envolvidos na ação regulatória do acesso aos serviços de pré-natal e parto pelo SUS, tendo como base as regras e recursos disponíveis no contexto da rede assistencial em Salvador – Ba.

Os resultados obtidos nessa busca revelam evidências que confirmam os pressupostos da tese, uma vez que foi possível observar que a Regulação Assistencial é implementada cotidianamente na operacionalização da RAS por meio de um conjunto de ações regulatórias realizadas na interação entre os atores envolvidos na assistência à saúde materna na capital do Estado. Contudo, por meio dos dados empíricos coletados, é possível constatar que o acesso regulado ainda não é uma prática institucionalizada com capacidade de integrar os pontos de atenção e conduzir o usuário do SUS ao longo da rede assistencial, de acordo com suas necessidades de cuidado.

As principais evidências identificadas na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, que apontam para essa conclusão, referem-se à existência de práticas regulatórias paralelas à regulação governamental agindo de modo concomitante na rede, produzida pela ação estratégica dos atores interessados, em especial dos profissionais, que buscam solução para os problemas do cotidiano que as regras formais do sistema de saúde não tem dado conta de resolver, e dos usuários, que tentam viabilizar os serviços que necessitam em um contexto de recursos limitados. Na realidade social, esse fenômeno se apresenta na forma de uma rede assistencial fragmentada, cujos pontos de atenção se comunicam em setores, onde o nível da atenção básica tem ficado isolado do nível especializado, impossibilitada de assumir seu papel de ordenadora da rede assistencial e conferindo ao usuário o protagonismo na busca pelo seu próprio acesso à saúde.

Para alcançar os objetivos pretendidos, esta pesquisa buscou observar os elementos presentes nas dimensões estrutura e sistema, de modo a caracterizar as condições que orientam as interações produzidas entre os atores sociais na ação regulatória do acesso aos serviços de pré-natal e parto em Salvador. Os resultados mais relevantes apontaram para a multiplicidade de atores envolvidos nessa prática social, individuais e organizacionais, profissionais que solicitam serviços de saúde e profissionais de saúde que produzem o serviço solicitado, gestores representantes dos entes estadual e municipal, representantes de unidades de saúde públicos e privados e usuários, além dos reguladores que, normativamente, seriam os responsáveis pela ação regulatória. Esse diverso coletivo de agentes, com intenções e motivações diferentes, produz cotidianamente a ação regulatória através de relações de interdependência, orientados pelas regras e recursos que organizam a rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador.

Em relação às regras normativas, constata-se que estas não têm sido suficientes para orientar a conduta dos agentes frente aos problemas identificados cotidianamente no território, pois expressam condutas gerais que não contemplam as especificidades locais no contexto da rede temática na linha de cuidado materno-infantil. As responsabilidades entre os entes estadual e municipal, que repartem o comando da regulação assistencial e dos serviços de saúde na capital, não estão claramente pactuadas, contribuindo para o isolamento entre os níveis assistenciais de saúde. Ademais, não foi possível observar, em Salvador, uma contratualização que especifique as responsabilidades e metas dos pontos de atenção, no âmbito da rede temática, o que tem inviabilizado, até o momento, o monitoramento da rede assistencial de pré-natal e parto.

Observou-se a existência de esquemas interpretativos produzidos coletivamente no Fórum da Rede Cegonha da RMS, enquanto espaço de governança da rede assistencial, estabelecidos como regras semânticas. Os principais documentos técnicos identificados na linha de cuidado às gestantes em Salvador foram a grade de referência assistencial da rede e protocolo de acesso ao pré-natal de alto risco. Contudo, tais registros não estão plenamente socializados entre os atores envolvidos, que modificam as regras estabelecidas de modo a viabilizar os recursos assistenciais limitados. De tal forma que os atores, inclusive as usuárias, têm recorrido à sua capacidade de mobilizar os recursos limitados, via alocação ou via autoridade, adotando uma posição de autonomia e assumindo um protagonismo na condução de estratégias individuais de ação em interação com outros atores.

A análise da configuração da rede de comunicação produzida na interação entre os atores

da rede assistencial, observáveis sob a perspectiva dos gestores e profissionais e dos usuários, associada às condições estruturais expressas nas regras e recursos, se apresenta em uma mescla dos padrões de estruturação - significação, dominação, legitimação, como ocorre em toda prática social. Contudo, os resultados desta pesquisa sobre a Regulação Assistencial na rede de pré-natal e parto em Salvador, expressam um predomínio dos elementos que orientam a interação entre os agentes da ação por meio dos padrões de significação e dominação.

Tanto na Rede formal pactuada, e portanto sob a ótica dos profissionais e gestores da rede assistencial de pré-natal e parto, quanto na Rede construída em ato, por meio da interpretação das gestantes e puérperas que usaram os serviços assistenciais em Salvador, os resultados empíricos apontam para uma sobreposição da ação humana, através de condutas estratégicas individuais, interpretando e modificando a aplicação das regras para mobilização de recursos limitados, evidenciando uma interação de comunicação que implica em padrões de significação. Essa interação mobiliza recursos de poder, por meio da integração social, envolvendo uma relação direta entre os atores com capacidades. Capacidades alocativas, quando estes dispõem dos recursos assistenciais necessários no caso dos profissionais e gestores, ou quando compram serviços no setor privado no caso dos usuários, e capacidade autoritativas, quando envolve as relações entre os profissionais de saúde ou de pessoas com capacidade para acessar recursos assistenciais escassos, se orientando pelo exercício de poder e implicando em padrões de dominação.

Chama atenção para o fato de que a aplicação recursiva das propriedades estruturais, observadas nas regras e recursos, através da ação regulatória na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador, possui efeitos facilitadores, expressos em potencialidades para a integração sistêmica, assim como efeitos coercitivos, imprimindo constrangimentos à atuação da Regulação Assistencial para a integração da rede.

Considerando que existem muitos atores envolvidos na oferta de serviços de saúde no SUS, de modo que a ação regulatória para viabilizar o acesso à saúde deve conseguir integrar em rede essa multiplicidade de atores para oferecer o recurso mais adequado às necessidades do usuário, é lícito concluir que a ação dos atores envolvidos nesse processo, em interação constante com outros atores, não é completamente controlável por meio de um conjunto de normas e regras formais. Esta configuração múltipla, dinâmica e complexa, dificulta a comunicação integrada e pode produzir, de um lado uma condição favorável às possibilidades particularistas de intermediação entre pontos de atenção, e de outro lado gera constrangimentos

à integração sistêmica da rede assistencial.

Outro ponto de constrangimento estrutural está na insuficiência dos recursos assistenciais para atender às necessidades da população de abrangência da capital, de modo que para superar as dificuldades e acessar os recursos limitados, os agentes transgridam as regras e desenvolvem sua autonomia e sua capacidade de articulação com outros atores. Estas condições acontecem de forma mais informal e pontual, por meio de relações entre pessoas, caracterizando a integração social, ou acontecem a partir das relações institucionais ancoradas nos espaços de governança da política de saúde, caracterizando a integração sistêmica. Os resultados desta pesquisa levam a conclusão de que as práticas sociais, por meio da integração social, são predominantes em relação à integração sistêmica na rede assistencial de pré-natal e parto em Salvador. Fato que potencializa a fragmentação entre os níveis assistenciais e os constrangimentos impostos à atuação da atenção básica, enquanto ordenadora da rede assistencial.

Este conjunto de resultados fortalece o argumento defendido nesta tese, de que a ação regulatória no SUS se desenvolve como um sistema de interações, no qual os atores produzem e reproduzem as condições do ambiente, conformando continuamente a rede de atenção à saúde. A Regulação Assistencial em Salvador, ainda que seja compreendida como uma prática social, paradoxalmente, mantém uma atuação essencialmente normativa, centralizada num Complexo Regulador repartido e dotada de frágeis mecanismos de informação e comunicação com os pontos de atenção da rede assistencial. Já o acesso aos serviços de pré-natal e parto tem sido mobilizados por meio de outras lógicas regulatórias paralelamente à regulação governamental, reproduzidos contingencialmente como estratégia dos atores interessados, por meio de intensa integração social no contexto da rede de atenção à saúde.

Defende-se, ainda, que a teoria da estruturação fornece ferramentas analíticas robustas para a explicação dos fenômenos sociais, uma vez que possibilita o reconhecimento do agente, enquanto sujeito reflexivo e dotado de capacidade de transformação, e da sua prática contextualizada pelo ambiente onde se desenvolve a interação com os outros atores e com os elementos da estrutura social. Observou-se que esse aporte teórico tem sido pouco utilizado na área da saúde, até o momento, de acordo com a pesquisa bibliográfica realizada para o trabalho desta tese. De modo que, esta pesquisa abre possibilidade de apropriação dos seus postulados e conceitos para análise de outros fenômenos do SUS.



A escolha de uma teoria como base para a análise sociológica, por um lado possibilita uma imersão nas formulações em que estão ancorados os argumentos da rede, mas por outro lado impossibilita a exploração de outras correntes teóricas potencialmente relevantes para a explicação do tema. Assim, registra-se como limitação dessa pesquisa a pouca exploração da Teoria dos Grafos, utilizada apenas para visualização gráfica da configuração em rede das relações produzidas para viabilizar o acesso aos serviços do pré-natal e parto. Deixando-se como possibilidades para estudos futuros o aprofundamento das métricas e explicações derivadas dessa corrente teórica para outras análises sobre o fenômeno da Regulação Assistencial no SUS.

Entende-se que esta tese contribui com o conhecimento científico na medida em que apresenta evidências empíricas da concepção da Regulação Assistencial enquanto prática social, inserida no contexto da implementação das Redes de Atenção à Saúde como mecanismo de integração sistêmica entre a atenção básica e demais pontos de atenção. Tendo sido observado, por meio dos estudos empíricos deste trabalho, que a ação regulatória, sob essa prerrogativa de prática social, é limitada pela atuação predominantemente normativa e racionalizadora que vem sendo desenvolvida no sistema de saúde brasileiro.

## REFERÊNCIAS

- AGUILERA, Sandra Lúcia Vieira Ulinski et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Revista de Administração Pública**, v. 47, n. 4, p. 1021-1040, 2013.
- ALBUQUERQUE, M. D. S. V. D., LIMA, L. P., COSTA, A. M., & MELO FILHO, D. A. D. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e sociedade**, 22, 223-236. 2013.
- ALELUIA, Italo Ricardo Santos et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1845-1856, 2017.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 286-298, 2010.
- ALMEIDA, Patty Fidelis de et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em debate**, v. 37, p. 400-415, 2013.
- ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2865-2875, 2012.
- BADUY, Rossana Staevie et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 295-304, 2011.
- BAHIA. Portaria conjunta SES/SMS N° 01/2012, de 19 julho de 2012, que formaliza a gestão compartilhada da regulação no município de Salvador. **Bahia: Salvador**, 2012.
- BARBOSA, Santos et al. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, 2016.
- BARRETO, M.O.. O parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado na região Nordeste. Brasília – DF, 2013. **Dissertação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- BINDMAN, Andrew B. et al. Preventable hospitalizations and access to health care. **Jama**, v. 274, n. 4, p. 305-311, 1995.
- BORZEL, Tanja A. ¿ Qué tienen de especial los policy networks?: explorando el concepto y utilidad para el estudio de la gobernación europea. **Redes verdes de transformación territorial y social**, 1997.
- BOUSQUAT, Aylene et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 14 Jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 373. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 14 Jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1.559, de 1 de agosto de 2008. Política Nacional Regulação do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2008. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 14 Jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 23 Set. 2017.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 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] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.060, de 21 de dezembro de 2011. Aprova Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado da Bahia e aloca recursos financeiros para sua implementação. Diário Oficial da União, Brasília, 2011c. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br>>. Acesso em 23 Set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação/MS n. 02, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Relatórios *on line*. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Arquivo consultado em 03 de janeiro 2019.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio de; JESUS, Washington Luiz Abreu de; SENRA, Isabel

- Maria Vilas Boas. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1155-1164, 2017.
- CASTELLS, Manuel. A Sociedade em Rede—A era da Informação: economia, sociedade e cultura. **Volume I**, 1999.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos " mais do mesmo". **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 280-289, 2012.
- CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. **Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.
- CHAMPION, D.J.. **A sociologia das organizações**. São Paulo: Saraiva, 1985.
- COHEN, Ira J. Teoria da estruturação e práxis social. **Teoria social hoje**, p. 393-446, 1999.
- COSTA E SILVA, Vanessa; ESCOVAL, Ana; HORTALE, Virginia Alonso. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3593-3604, 2014.
- COSTA, S.A.M.. Rede Cegonha e a atenção à saúde da mulher em maternidade. **Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador – Ba. 2016.
- DAWSON, Bertrand. Informe Dawson sobre al futuro de los servicios médicos y afines, 1920: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. In: **OPS Publicación Científica**. Organización Panamericana de la Salud, 1964.
- DIMAGGIO, Paul J.; POWELL, Walter W. Introduction. The new institutionalism in organizational analysis. **The New Institutionalism in Organizational Analysis**, University of Chicago Press, Chicago, IL, p. 1-38, 1991.
- ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 4, p. 467-71, 2004.
- FARIAS, Ana Cristina Bortolasse de; BARBIERI, Ana Rita. Seguimento do câncer de colo de útero: estudo da continuidade da assistência à paciente em uma região de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 4, 2016.
- FARIAS, S. F.; GURGEL JUNIOR, G. D.; COSTA, A. M. A regulação no setor público de saúde: um processo em construção. **Qualificação de gestores do SUS**, v. 2, p. 399-431, 2011.
- FARIAS, S.F.. Interesses estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — **Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.
- FARMER, Frank L. et al. Poverty, primary care and age-specific mortality. **The Journal of Rural Health**, v. 7, n. 2, p. 153-169, 1991.

FERREIRA, Janise Braga Barros. **Avaliação do complexo regulador do sistema público municipal de serviços de saúde**. 2007. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FERREIRA, Janise Braga Barros et al. Aspectos da regulação em saúde na visão de equipes de saúde da família de um município de pequeno porte. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

FERRI, Sônia Mara Neves et al. Protocolos clínicos e de regulação: motivações para elaboração e uso. **Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 9-21, 2012.

FIGUEIREDO, D.R.. Introdução à Redes Complexas. In: de Souza, A.F. Jr; Meira, W. (eds). *Atualizações em Informática*. 2011, PUC-Rio, pp 303-358. Chap 7.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis Mafort. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. In: **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. 2007.

FLEURY, Sonia. Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. **Revista Administração em Diálogo**, v. 7, n. 1, p. 77-89, 2005.

FLEURY, Sonia; OUVENEY, Assis. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. **Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa**, v. 11, n. 2-3, p. 74-83, 2012.

DAS NEVES GAMARRA, Tatiana Pereira; DE SOUZA PORTO, Marcelo Firpo. Regulação em Saúde e epistemologia política: contribuições da ciência pós-normal para enfrentar as incertezas. **Organizações & Sociedade**, v. 22, n. 74, p. 405-422, 2015.

GAWRYSZEWSKI, Ana Raquel Bonder; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 119-140, 2012.

GIDDENS, Anthony. **Central Problems in Social Theory—Action, Structure and Contradiction in Social Analysis**. Londres: Macmillan, 1979.

GIDDENS, Anthony. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GIL, A. C.. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

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

GODOI, Christiane Kleinübing; MELO, RBD; SILVA, Anielson Barbosa da. Pesquisa Qualitativa em estudos organizacionais: Paradigmas, Estratégias e Métodos. 2. ed. **São Paulo: Saraiva**, 2010.

GOMIDE, Marcia; GROSSETTI, Michel. Rede social e desempenho de programas de saúde: uma proposta investigativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 873-893, 2010.

- KLIJN, Erik-Hans; KOPPENJAN, Joop; TERMEER, Katrien. Managing networks in the public sector: a theoretical study of management strategies in policy networks. **Public administration**, v. 73, n. 3, p. 437-454, 1995.
- KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 879-892, 2016.
- KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2307-2316, 2010.
- LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L.. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. / organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorrel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. p.107-140. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- LOTTA, Gabriela Spanghero. **Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família**. 2010. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- LUMER, Sandra. O papel da saúde da família na atenção às urgências. **Revista de APS**, v. 14, n. 3, 2011.
- MACHADO-DA-SILVA, Clóvis L.; GUARIDO FILHO, Edson Ronaldo; ROSSONI, Luciano. Campos organizacionais e estruturação: reflexões e possibilidade analíticas. **EnEO-Encontro de Estudos Organizacionais**, v. 4, 2006.
- MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, p. 593-606, 2010.
- MATUS, C. Política, planificação e governo. **Brasília: IPEA**, 1996.
- MERHY, E.E.. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: **Agir em Saúde. Um Desafio para o Público** (E. E. Merhy& R. Onocko, org.), pp. 71-112. 1997. São Paulo: Editora Hucitec.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Os grandes dilemas do SUS: tomo II. Salvador. **BA: Casa da Qualidade editora**, p. 14-34, 2001.
- MENDES, E.V.. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde. 2011.
- MENDES, E.V.. A construção social da Atenção Primária à Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS**. 139. Brasília: DF. 2015.
- MENDONÇA, C. S.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. A política de regulação do Brasil. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2006
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; DE SOUZA, Cecília. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Edição. **São Paulo: Hucitec**, p. 201-219, 2004.

NUNES, Larissa Soares et al. A ANÁLISE DA NARRATIVA COMO INSTRUMENTO PARA PESQUISAS QUALITATIVAS. **Revista Ciências Exatas**, v. 23, n. 1, 2017.

O'DWYER, G.. Estudos de Políticas e a Teoria da Estruturação. In: **Política, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. / organizado por Tatiana Vargas de Faria Baptista, Creuza da Silva Azevedo e Cristiane Vieira Machado. p. 173-192. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

O'DWYER, Gisele; MATTOS, Ruben Araujo de. Teoria da Estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 609-623, 2010.

OLIVEIRA, Lissandra Andion de et al. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 8-21, 2016.

OLIVEIRA, Lúcio Henrique de; MATTOS, Ruben Araújo de; SOUZA, Auta Iselina Stephan de. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1929-1938, 2009.

OLIVEIRA, R.R.; ELIAS, P.E.M.. Regulação em Saúde. In: **Política e Gestão Pública em Saúde**. Organizadores: Nelson Ibañes, Paulo Eduardo Mangeon Elias, Paulo Henrique D'Ángelo Seixas. São Paulo – SP. Hucitec Editora: Cealag. p.204-218. 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2008.

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PETERS, G. Anthony Giddens: a dualidade da estrutura. In: SELL, C.E.; MARTINS, C.B. **Teoria Sociológica contemporânea: autores e perspectivas**. São Paulo, Annablume, 2017.

PINTO, Luiz Felipe et al. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1257-1267, 2017.

REIS, Ademar Arthur Chioro dos et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1045-1054, 2017.

REUTER, Camila Luana Oliveira et al. Práticas de monitoramento na gestão municipal em saúde e sua interface com a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. spe, 2016.

ROCHA, P.F.. A implantação do Complexo Regulador Interestadual Bahia/Pernambuco e as possibilidades de integração com a Auditoria do SUS. Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação, VI Curso de Especialização em Auditoria de Sistema e Serviços de Saúde. **Escola de Enfermagem - UFBA**. Salvador - BA. 2012.

RODRIGUES, Andrea Leite. Tensões entre econômico e social: uma proposta de análise à luz da teoria da estruturação. **Revista de Administração de Empresas**, v. 48, n. 2, p. 37-50, 2008.

RODRÍGUEZ, Charo et al. Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. **Revista de Salud Pública**, v. 12, p. 151-159, 2010.

SALVADOR. **Decreto nº 23.569, de 05 de dezembro de 2012**. Regulamenta a Lei nº 7.851/2010, que institui que toda gestante no Município de Salvador tem direito ao conhecimento e à vinculação à maternidade na qual será realizado seu parto e em caso de intercorrência pré-natal. Diário Oficial do Município, Poder Executivo, Salvador, BA, 2012.

SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021** / Secretaria Municipal da Saúde. Diretoria Estratégica de Planejamento e Gestão: Salvador, 2018. 231 p. Disponível em: < <https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=29&codTpRel=01>> Acesso em 13 de abril de 2019.

SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. **Feira de Santana (BA): Editora UEFS**, 2010.

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00172214, 2016.

SANTOS, Fausto Pereira dos; MERHY, Emerson Elias. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, p. 25-41, 2006.

SANTOS, José Sebastião dos et al. Clinical and regulatory protocol for the treatment of jaundice in adults and elderly subjects: a support for the health care network and regulatory system. **Acta cirurgica brasileira**, v. 23, p. 133-142, 2008.

SANTOS, L.. Articulação federativa e contrato de ação pública no SUS. 2011. Disponível em <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/06/15/articulacao-federativa-e-contrato-de-acao-publica-no-sus/>>.

SANTOS, L.C.F.. Rede Cegonha: uma análise do processo de implementação a partir da Ouvidoria-Geral do SUS. Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Brasília, Mestrado Profissionalizante em Administração Pública. Brasília – DF. 2016.

SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3579-3586, 2010.

SHEAR, Charles L. et al. Provider continuity and quality of medical care. A retrospective analysis of prenatal and perinatal outcome. **Medical care**, v. 21, n. 12, p. 1204-1210, 1983.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, João Marcelo Barreto. A gestão do fluxo assistencial regulado no sistema único de saúde. **Brasil. Ministério da Saúde. Centrais de regulação. Regulação de acesso. Brasília (DF): Ministério da Saúde**, 2011.



- SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva et al. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1283-1293, 2014.
- SOUZA SANTOS, Boaventura de. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. São Paulo, 2000.
- STARFIELD, Barbara. Is primary care essential?. **The lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.
- STARFIELD, Barbara. Access—perceived or real, and to what?. **JAMA**, v. 274, n. 4, p. 346-347, 1995.
- TABNET – Tabulador de Dados dos Sistemas de Informação de Saúde integrantes do DATA-SUS. Relatórios *on line*. Disponível em: < <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>>. Arquivo consultado em 03 de janeiro 2019.
- UGÁ, Maria Alicia Dominguez. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde-a experiência internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3437-3445, 2012.
- VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v. 36, p. 640-647, 2012.
- World Health Organization. Primary health: a first assessment - people report on primary health care. Geneva: World Health Organization. 1985:6-9.

**APÊNDICE A – RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA**

<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Categoria</b>	<b>Data</b>	<b>Fonte</b>
1	Portaria Ministerial nº 1.559	Normativas legais	01/08/2008	BRASIL/MS
2	Lei Municipal nº 7.851		25/05/2010	SALVADOR
3	Portaria Estadual nº 1.681		03/12/2010	BAHIA/SESAB
4	Portaria Ministerial nº 4.279		30/12/2010	BRASIL/MS
5	Portaria Ministerial nº 1.459		24/06/2011	
6	Decreto Presidencial nº 7.508		28/06/2011	BRASIL
7	Portaria Ministerial nº 650		05/10/2011	BRASIL/MS
8	Portaria Ministerial nº 3.060		21/12/2011	BRASIL/MS
9	Portaria Conjunta SES/SMS nº 01		19/07/2012	BAHIA/SALVADOR
10	Decreto Municipal nº 23.569		05/12/2012	SALVADOR
11	Portaria Ministerial nº 2.567		25/11/2016	BRASIL/MS
12	Portaria Ministerial de Consolidação nº 01		28/09/2017	BRASIL/MS
13	Portaria Ministerial de Consolidação nº 02		28/09/2017	BRASIL/MS
14	Resumo Executivo da Reunião de agosto de 2017	Discussões e encaminhamentos do Fórum da RC/RMS	30/08/2017	SESAB/DGC
15	Resumo Executivo da Reunião de outubro de 2017		25/10/2017	
16	Lista de presença da Reunião de novembro de 2017		29/11/2017	
17	Lista de presença da Reunião de dezembro de 2017		20/12/2017	
18	Resumo Executivo da Reunião de fevereiro de 2018		28/02/2018	
19	Resumo Executivo da Reunião de março de 2018		28/03/2018	
20	Lista de presença da Reunião de abril de 2018		25/04/2018	
21	Lista de presença da Reunião de junho de 2018		27/06/2018	
22	Lista de presença da Reunião de julho de 2018		25/07/2018	
23	Lista de presença da Reunião de agosto de 2018		29/08/2018	
24	Resumo Executivo da Reunião de setembro de 2018		26/09/2018	
25	Resumo Executivo da Reunião de outubro de 2018		31/10/2018	
26	Territorialização do PN em Salvador	Documentos técnicos	23/02/2017	SESAB/DGC
27	Critérios e Fluxos de acesso ao PNAR nas maternidades de Salvador		Maio de 2018	
28	Protocolo de Regulação do Acesso		Agosto de 2018	CMR/SMS Salvador
29	Critérios e parâmetros assistenciais para o PGASS no âmbito do SUS		28/09/2017	MS/SAS
30	Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021		21/11/2018	SMS Salvador
31	Plano de Ação da Rede Cegonha de Salvador		30/11/2011	MS/SAS
32	Histórico de produção Ultrassonografia Obstétrica registrado no Sistema Vida Mais		Período de Jul 2017 - Jun 2018	CMR/SMS Salvador

**APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA. CATEGORIA PROFISSIONAIS DA REDE ASSISTENCIAL**

<b>Dados de Identificação do Respondente</b>	
1. Entrevistado:	
	Função na unidade _____
2. Formação: _____	
3. Especialização:	
	Não
	Sim _____
4. Idade: _____ anos completos	
5. Tempo de formação: _____ anos completos	
6. Tempo de atuação na Organização: _____ anos completos	

<b>Dados de Identificação da Organização em que o Respondente atua</b>	
1. Nome da Organização: _____	
2. Natureza jurídica:	
	Público Municipal
	Público Estadual
	Público Federal
	Privado sem fins lucrativos
	Privado com fins lucrativos
3. Nível de Gestão	
	Estadual
	Municipal
	Dupla
	Gestão Direta
	Gestão Indireta _____
4. Perfil Assistencial na Rede de Atenção Materno Infantil	
	Central de Regulação de _____
	Unidade Básica de Saúde
	Unidade de Pronto-Atendimento
	Policlínica
	Maternidade

**QUESTÕES**

1. Com quem essa unidade se comunica para resolver as situações abaixo, no âmbito da Rede de Atenção Materno Infantil, em Salvador? Quais os meios de comunicação utilizados nessa comunicação para cada contato estabelecido?				
1.1. Realização de exames laboratoriais do pré-natal?				
MEIO DE COMUNICAÇÃO				CONTATOS
	SUREM			
	SISREG			

SISTEMA VIDA +					
TELEFONE					
FAX					
EMAIL					
WHATSAPP					
TELEGRAN					
PESSOALMENTE					
OUTRO (Especificar)					

## 1.2. Realização de exames de imagem do pré-natal?

MEIO DE COMUNICAÇÃO		CONTATOS			
SUREM					
SISREG					
SISTEMA VIDA +					
TELEFONE					
FAX					
EMAIL					
WHATSAPP					
TELEGRAN					
PESSOALMENTE					
OUTRO (Especificar)					

## 1.3. Realização de atendimento do pré-natal de alto risco?

MEIO DE COMUNICAÇÃO		CONTATOS			
SUREM					
SISREG					
SISTEMA VIDA +					
TELEFONE					
FAX					
EMAIL					
WHATSAPP					
TELEGRAN					
PESSOALMENTE					
OUTRO (Especificar)					

## 1.4. Realização do parto de baixo risco?

MEIO DE COMUNICAÇÃO		CONTATOS			
SUREM					
SISREG					
SISTEMA VIDA +					
TELEFONE					
FAX					

EMAIL					
WHATSAPP					
TELEGRAN					
PESSOALMENTE					
OUTRO (Especificar)					

1.5. Realização do parto de alto risco?

MEIO DE COMUNICAÇÃO		CONTATOS			
SUREM					
SISREG					
SISTEMA VIDA +					
TELEFONE					
FAX					
EMAIL					
WHATSAPP					
TELEGRAN					
PESSOALMENTE					
OUTRO (Especificar)					

2. Quem são os responsáveis pela garantia da vaga para assistência à Gestante nessa unidade?

3. Existe um desenho da rede de assistência ao pré-natal e parto em Salvador?

Não

Sim

Caso exista, você o utiliza para que?

4. Você sabe se existem contratos firmados com os prestadores públicos e privados da rede de assistência ao pré-natal e parto, com definição de responsabilidades e metas?

Não

Sim

Explique:

5. Existem instrumentos de comunicação entre as unidades da rede de assistência ao pré-natal e parto?

Não

Sim

Caso positivo, quais?

6. Algum dos itens abaixo está sendo utilizados na rede de assistência ao pré-natal e parto em Salvador?

Acesso direto das equipes de atenção básica para marcação de consulta e exames especializados na rede.

Meios formais e regulares de comunicação entre médicos da rede de atenção básica e as centrais reguladoras. Quais?

Meios formais e regulares de comunicação entre postos de saúde e serviços de pronto-atendimento em Salvador. Quais?

	Meios formais e regulares de comunicação entre postos de saúde e as maternidades em Salvador. Quais?
	Visita de vinculação das gestantes à maternidade de referência.
	Prontuário eletrônico único.
	Instrumentos de referência e contrarreferência entre equipes de saúde.
	Fluxo formalizado para acesso à assistência hospitalar
	Caderneta da Gestante
	Outro: _____

7. Quais dos seguintes espaços de governança da rede de assistência ao pré-natal e parto funcionam em Salvador?

	Grupo de Trabalho
	Colegiado Gestor
	Fórum Intersetorial
	Outro: _____

Você já participou alguma vez?

	Não
	Sim

Como funciona?

Quais pactuações são firmadas?

8. Você já observou alguma situação que revele a existência de contradições na regulação dos serviços da rede de assistência ao pré-natal e parto em Salvador?

	Não
	Sim

Cite alguns exemplos:

9. Você afirma que linha de cuidado da assistência ao pré-natal e parto está formalizada em Salvador?

	Não
	Sim

Caso concorde, cite como:

10. Existem protocolos clínicos e/ou de regulação no âmbito da rede de assistência ao pré-natal e parto em Salvador?

	Não
	Clínicos
	Regulação

Como foram construídos?

11. Algum dos seguintes mecanismos de monitoramento da rede está implantados em Salvador?

	Auditoria Clínica
	Observatório das filas de espera para consultas e exames
	Observatório das filas de espera para internação
	Avaliação das causas de atendimentos de Urgência/Emergência
	Outro: _____

12. Como você avalia o acesso dos moradores de Salvador aos serviços de Pré-natal e parto?	
<input type="checkbox"/>	Péssimo
<input type="checkbox"/>	Ruim
<input type="checkbox"/>	Regular
<input type="checkbox"/>	Bom
<input type="checkbox"/>	Ótimo
Principais dificuldades:	

13. Como você avalia a atuação da regulação na garantia do acesso dos moradores de Salvador aos serviços de Pré-natal e parto?	
<input type="checkbox"/>	Péssimo
<input type="checkbox"/>	Ruim
<input type="checkbox"/>	Regular
<input type="checkbox"/>	Bom
<input type="checkbox"/>	Ótimo
Principais dificuldades:	

14. Quais as estratégias utilizadas para enfrentar as dificuldades de acesso aos serviços de Pré-natal e parto em Salvador?	
---	--

**APÊNDICE C – ROTEIRO DA ENTREVISTA. CATEGORIA PROFISSIONAIS DA REGULAÇÃO**

<b>Dados de Identificação do Respondente</b>	
1. Entrevistado:	
	Função na unidade _____
2. Formação: _____	
3. Especialização:	
	Não
	Sim _____
4. Idade: _____ anos completos	
5. Tempo de formação: _____ anos completos	
6. Tempo de atuação na Organização: _____ anos completos	

<b>Dados de Identificação da Organização em que o Respondente atua</b>	
1. Nome da Organização: _____	
2. Natureza jurídica:	
	Público Municipal
	Público Estadual
	Público Federal
	Privado sem fins lucrativos
	Privado com fins lucrativos
3. Nível de Gestão	
	Estadual
	Municipal
	Dupla
4. Perfil Assistencial na Rede de Atenção Materno Infantil	
	Central de Regulação de _____
	Unidade Básica de Saúde
	Unidade de Pronto-Atendimento
	Policlínica
	Maternidade

<b>QUESTÕES</b>					
1. Com quem essa unidade se comunica para resolver as situações abaixo, no âmbito da Rede de Atenção Materno Infantil, em Salvador? Quais os meios de comunicação utilizados nessa comunicação para cada contato estabelecido?					
1.1. Realização de exames laboratoriais do pré-natal?					
MEIO DE COMUNICAÇÃO					CONTATOS
	SUREM				
	SISREG				
	SISTEMA VIDA +				
	TELEFONE				



FAX				
EMAIL				
WHATSAPP				
TELEGRAN				
PESSOALMENTE				
OUTRO (Especificar)				

## 1.2. Realização de exames de imagem do pré-natal?

MEIO DE COMUNICAÇÃO		CONTATOS			
SUREM					
SISREG					
SISTEMA VIDA +					
TELEFONE					
FAX					
EMAIL					
WHATSAPP					
TELEGRAN					
PESSOALMENTE					
OUTRO (Especificar)					

## 1.3. Realização de atendimento do pré-natal de alto risco?

MEIO DE COMUNICAÇÃO		CONTATOS			
SUREM					
SISREG					
SISTEMA VIDA +					
TELEFONE					
FAX					
EMAIL					
WHATSAPP					
TELEGRAN					
PESSOALMENTE					
OUTRO (Especificar)					

## 1.4. Realização do parto de baixo risco?

MEIO DE COMUNICAÇÃO		CONTATOS			
SUREM					
SISREG					
SISTEMA VIDA +					
TELEFONE					
FAX					

EMAIL					
WHATSAPP					
TELEGRAN					
PESSOALMENTE					
OUTRO (Especificar)					

1.5. Realização do parto de alto risco?					
MEIO DE COMUNICAÇÃO					CONTATOS
SUREM					
SISREG					
SISTEMA VIDA +					
TELEFONE					
FAX					
EMAIL					
WHATSAPP					
TELEGRAN					
PESSOALMENTE					
OUTRO (Especificar)					

2. Quem são os responsáveis pela garantia da vaga na rede de assistência ao pré-natal e parto em Salvador?

3. Existe um desenho da rede de assistência ao pré-natal e parto em Salvador?

Não

Sim

Caso exista, você o utiliza para que?

4. Como se distribui a responsabilidade da regulação entre os entes federados na rede de assistência ao pré-natal e parto?

5. Existem contratos firmados com os prestadores públicos e privados da rede de assistência ao pré-natal e parto, com definição de responsabilidades e metas?

Não

Sim

Caso exista, você utiliza e conhece?

6. Existem instrumentos de comunicação entre os pontos de atenção da rede de assistência ao pré-natal e parto?

Não

Sim

Caso positivo, quais?

7. Algum dos itens abaixo está sendo utilizados na rede de assistência ao pré-natal e parto em Salvador?

	Acesso direto das equipes de atenção básica para marcação de consulta e exames especializados na rede.
	Meios formais e regulares de comunicação entre médicos da rede de atenção básica e as centrais reguladoras. Quais?
	Meios formais e regulares de comunicação entre postos de saúde e serviços de pronto-atendimento em Salvador. Quais?
	Meios formais e regulares de comunicação entre postos de saúde e as maternidades em Salvador. Quais?
	Visita de vinculação das gestantes à maternidade de referência.
	Prontuário eletrônico único.
	Instrumentos de referência e contrarreferência entre equipes de saúde.
	Fluxo formalizado para acesso à assistência hospitalar
	Outro: _____

8. Quais dos seguintes espaços de governança da rede de assistência ao pré-natal e parto funcionam em Salvador?

	Grupo de Trabalho
	Colegiado Gestor
	Fórum Intersetorial
	Outro: _____

Você já participou alguma vez?

	Não
	Sim

Como funciona?

Quais pactuações são firmadas?

9. Você já observou alguma situação que revele a existência de contradições na regulação dos serviços da rede de assistência ao pré-natal e parto em Salvador?

	Não
	Sim

Cite alguns exemplos:

10. A linha de cuidado da assistência ao pré-natal e parto está formalizada em Salvador?

	Não
	Sim

Caso concorde, cite como:

11. Existem protocolos clínicos e/ou de regulação no âmbito da rede de assistência ao pré-natal e parto em Salvador?

	Não
	Sim. Quais?

Como foram construídos?

Quais são os critérios de priorização do acesso aos serviços ambulatoriais especializados?

12. Algum dos seguintes mecanismos de monitoramento da rede está implantados em Salvador?

Auditoria Clínica
Observatório das filas de espera para consultas e exames
Observatório das filas de espera para internação
Avaliação das causas de atendimentos de Urgência/Emergência
Outro: _____

13. Como você avalia o acesso dos moradores de Salvador aos serviços de Pré-natal e parto?

Péssimo					
Ruim					
Regular					
Bom					
Ótimo					

Principais dificuldades:

14. Como você avalia a atuação da regulação na garantia do acesso dos moradores de Salvador aos serviços de Pré-natal e parto?

Péssimo					
Ruim					
Regular					
Bom					
Ótimo					

Principais dificuldades:

15. Quais as estratégias utilizadas para enfrentar as dificuldades de acesso aos serviços de Pré-natal e parto em Salvador?

## APÊNDICE D – ROTEIRO DA ENTREVISTA. CATEGORIA USUÁRIO

Dados de Identificação do Respondente	
1. Entrevistado: _____	
2. Formação: _____	
3. Endereço: _____	
4. Idade: _____ anos completos	
5. Idade gestacional: _____	
6. Perfil Assistencial da unidade onde o usuário se encontrava na Rede de Atenção Materno Infantil no dia da entrevista	
	Central de Regulação de _____
	Unidade Básica de Saúde
	Unidade de Pronto-Atendimento
	Policlínica
	Maternidade

QUESTÕES					
1. Com quem essa unidade se comunica para resolver as situações abaixo, no âmbito da Rede de Atenção Materno Infantil, em Salvador? Quais os meios de comunicação utilizados nessa comunicação para cada contato estabelecido?					
1.1. Realização de exames laboratoriais do pré-natal?					
MEIO DE COMUNICAÇÃO	CONTATOS				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
SUREM	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
SISREG	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
SISTEMA VIDA +	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
TELEFONE	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
FAX	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
EMAIL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
WHATSAPP	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
TELEGRAN	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
PESSOALMENTE	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
OUTRO (Especificar)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				

1.2. Realização de exames de imagem do pré-natal?					
MEIO DE COMUNICAÇÃO	CONTATOS				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
SUREM	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
SISREG	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
SISTEMA VIDA +	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
TELEFONE	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
FAX	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
EMAIL	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
WHATSAPP	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				
TELEGRAN	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>				

PESSOALMENTE					
OUTRO (Especificar)					

## 1.3. Realização de atendimento do pré-natal de alto risco?

MEIO DE COMUNICAÇÃO		CONTATOS			
SUREM					
SISREG					
SISTEMA VIDA +					
TELEFONE					
FAX					
EMAIL					
WHATSAPP					
TELEGRAN					
PESSOALMENTE					
OUTRO (Especificar)					

## 1.4. Realização do parto de baixo risco?

MEIO DE COMUNICAÇÃO		CONTATOS			
SUREM					
SISREG					
SISTEMA VIDA +					
TELEFONE					
FAX					
EMAIL					
WHATSAPP					
TELEGRAN					
PESSOALMENTE					
OUTRO (Especificar)					

## 1.5. Realização do parto de alto risco?

MEIO DE COMUNICAÇÃO		CONTATOS			
SUREM					
SISREG					
SISTEMA VIDA +					
TELEFONE					
FAX					
EMAIL					
WHATSAPP					
TELEGRAN					
PESSOALMENTE					
OUTRO (Especificar)					

2. Quem você procura para garantir um atendimento de pré-natal ou parto em Salvador?

3. Você já observou a utilização de algum dos itens abaixo nos serviços de assistência ao pré-natal e parto onde você foi atendida?

	Marcação de consulta e exames especializados pelo Posto de Saúde.
	Comunicação entre postos de saúde e as maternidades em Salvador.
	Visita de vinculação à maternidade de referência.
	Instrumentos de encaminhamento do Posto de Saúde para outros locais de atendimento.
	Caderneta da gestante
	Outro: _____

4. Como você avalia o acesso aos atendimentos de Pré-natal e parto?

	Péssimo				
	Ruim				
	Regular				
	Bom				
	Ótimo				

Principais dificuldades:

5. Você precisou da regulação alguma vez durante seu pré-natal?

	Não
	Sim

Como foi a experiência:

6. O que você faz quando precisa de algum atendimento de saúde em Salvador que não consegue marcar?

## **APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

O(A) Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “A REGULACÃO ASSISTENCIAL NA PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: entre interações e constrangimentos”. Neste estudo pretendemos analisar a operacionalização da estrutura organizacional da Rede de Atenção à Saúde no SUS sob a perspectiva de atuação da Regulação Assistencial.

O motivo que nos leva a estudar é a percepção de que, não obstante a relevância das pesquisas na área das políticas públicas de saúde, o campo da gestão do SUS ainda tem sido pouco investigado, especialmente em relação à uma análise que considere a complexidade inerente aos sistemas sociais e em contextos desiguais como o brasileiro. Para além disso, compreende-se que os estudos sobre a Regulação Assistencial na perspectiva da operacionalização da Rede de Atenção à Saúde no SUS, como o proposto por esta pesquisa, contemplando a análise explicativa sobre as interações sociais tecidas na rede, poderão revelar potencialidades e constrangimentos desse processo, possibilitando identificar pontos de contribuição para a eficácia do sistema de saúde brasileiro.

Entendemos que toda pesquisa científica que envolve a participação de seres humanos envolve riscos, o que significa a “possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela recorrente” (BRASIL, 2012, p.3). Para minimizar as possibilidades de riscos, essa pesquisa seguirá atentamente as diretrizes da Resolução n.º 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido(a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr(a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.



Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos do estudo “A REGULAÇÃO ASSISTENCIAL NA PERSPECTIVA DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: entre interações e constrangimentos”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Salvador - Bahia, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2018.

Nome

Assinatura participante

Deise Santana de Jesus Barbosa

Pesquisadora

Contatos: (71) 99972-2992 / deisesjb@ig.com.br

Maria do Carmo Lessa Guimarães

Orientadora

Contatos: (71) 99197-5999 / ducalessa@yahoo.com.br

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – CEPEE/UFBA

Nº de Inscrição: 82339617.3.0000.5531

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

Tel.: (71) 3283-7615